

TEREZINHA MARIA DE ANDRADE DE FARIA

**A QUALIDADE DE VIDA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO
COTIDIANO DE TRABALHO DE UMA MATERNIDADE HOSPITALAR:
Possibilidades e Limites numa Teia de Múltiplas Interações**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Engenharia de Produção da
Universidade Federal de Santa Catarina, para
obtenção do título de Mestre em Engenharia.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Zuleica Maria Patrício

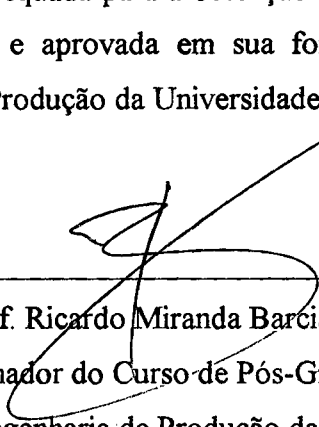
Florianópolis – Santa Catarina

2001

TEREZINHA MARIA DE ANDRADE DE FARIA

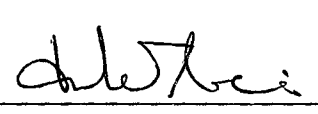
**A QUALIDADE DE VIDA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO
COTIDIANO DE TRABALHO DE UMA MATERNIDADE HOSPITALAR:
Possibilidades e Limites numa Teia de Múltiplas Interações**

Esta Dissertação foi julgada adequada para a obtenção do título de Mestre em Engenharia, especialidade em Ergonomia, e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina.




Prof. Ricardo Miranda Barcia, Ph.D.
Coordenador do Curso de Pós-Graduação em
Engenharia de Produção da UFSC

Banca Examinadora:



Prof.ª Dr.ª Zuleica Maria Patrício
Orientadora



Prof.ª Dr.ª Leila Amaral Gontijo



Prof.ª Dr.ª Beatriz Beduschi Capella

Florianópolis, 10 de maio de 2001.

O ser humano vivendo o cotidiano é aquele que está no concreto, na recordação e no desejo vivendo a tragédia da vida: está buscando sanar problemas comuns das relações afetivas com parceiros, com familiares, com colegas de trabalho; buscando prazer e felicidade na beleza das artes, na relação consigo mesmo e na socialidade, na solidariedade orgânica com os outros; ultrapassando obstáculos, buscando ser saudável num viver dinâmico, de forma ética e estética, através de respiradouros no cotidiano.

(Zuca – Patrício, 1995, tese)

*Ao Rê,
que, com seu carinho, paciência, dedicação, tranquilidade,
proteção e amor, facilitou o meu processo de construção de
conhecimento individual-coletivo. Que soube também suportar
as minhas angústias e compartilhar a satisfação-prazer dos
resultados que fui alcançando na trajetória do estudo e da vida
familiar e social.*

*Ao meu menino, Vicente,
que acompanhou, desde a sua vida intra-uterina, o meu
caminhar na busca pelo conhecimento e pelo desenvolvimento
pessoal-profissional. Que me permitiu reflexões e transformações
como ser humano holístico, e trouxe à minha vida a
possibilidade e o prazer de ser mãe.*

AGRADECIMENTOS

Ao universo, pela minha existência e transcendência. E a todos os seres humanos que afetiva e energeticamente estão continuamente me ajudando a construir a minha qualidade de vida a partir do meu próprio jeito de viver e transcender nas interações cotidianas da vida. Neste momento, em especial:

À Zuca: mestre, amiga, orientadora desta dissertação e companheira de momentos intelectuais e sociais. Ser humano holístico. Pela compreensão em entender o meu tempo de gestar, parir e cuidar do Vicente;

À professora Leila, que carinhosamente aceitou meu convite para participar da Banca de Defesa desta Dissertação. Pelos conhecimentos transmitidos a nós, alunos da Engenharia de Produção, dando oportunidade de crescimento pessoal-profissional;

À professora Beatriz, pela aceitação em participar da Banca de Defesa desta Dissertação. Pela satisfação-prazer em ter sido sua aluna na graduação. Pelo incentivo, presença e dedicação junto aos trabalhadores da Organização onde trabalho. Por acreditar que é possível melhorar a qualidade dos serviços prestados mediante promoção da qualidade de vida do trabalhador;

À amiga Andréa, pelos momentos de superaproximação que me ajudam a gerenciar os conflitos e a desfrutar dos momentos de satisfação-prazer que o conhecimento coletivo e a vida oferece;

À minha família ampliada. A todo(a)s o(a)s irmã(o)s, sobrinho(a)s, cunhado(a)s, pelos momentos de respiradouros, pelas trocas afetivas e culturais e pelo apoio e solidariedade. É uma satisfação-prazer estar com todos vocês. À Keli, ao Avenor, à Carol, à Aline, à Camila e ao Samuca pelo carinho, disponibilidade e apoio constante nos momentos de dificuldades sociais. Aos meus pais, Bia e Jacob, pelo amor, ternura, proteção, apoio e incentivo que tanto me nutrem para o viver

saudável. Aos meus sogros, Ondina e Altino, pelo carinho e estímulo e por compreender as minhas ausências;

À Susi, que carinhosamente me ajudou a cuidar do Vicente;

Ao Giovanni, pela disponibilidade e presteza em todos os momentos;

Aos amigos do TRANSCRIAR-UFSC, pelas interações afetivas, de estímulo e de festas. Pelas trocas de conhecimentos interdisciplinares e contribuições por ocasião da Banca Solidária;

Aos amigos da Organização onde trabalho, pelos encontros de aproximação e conflitos que nos fazem crescer como seres humanos holísticos. Aos funcionários da Triagem Obstétrica e da Ginecologia, pela troca de carinho e de conhecimento técnico-científico, e pelos momentos de respiradouros no cafezinho. Por compreenderem e facilitarem a minha ausência. Em especial, à Lígia, pela sua persistência, escuta, tranquilidade e compreensão. À Carin, à Rode e à Dionice, pelos momentos de escuta, de desabafo e de trocas pessoal-profissionais;

Aos trabalhadores de saúde do Centro Obstétrico, pela oportunidade da convivência, pelas interações de desabafos, de segredos e de trocas constantes que permitiram concretizar essa Dissertação e ampliar o conhecimento sobre o ser humano holístico no trabalho;

À Organização Hospitalar onde trabalho, pela satisfação-prazer em ser trabalhadora desta Organização. Pela abertura que é dada para o desenvolvimento de pesquisas, ampliando os horizontes dos seres humanos;

À Pós-Graduação de Engenharia de Produção, pela oportunidade em cursar o mestrado na área de meu interesse. Pelas trocas de universos culturais e científicos promovidas pela diversidade de formação dos alunos, o que promove, muitas vezes, diálogos reflexivos interdisciplinares. Aos trabalhadores da Secretaria, pela disponibilidade e carinho no atendimento, em especial à Neiva.

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS.....	viii
RESUMO.....	ix
ABSTRACT.....	x
1 INTRODUÇÃO.....	1
2 TRABALHO E QUALIDADE DE VIDA: a Ergonomia sob o ponto de vista das interações no cotidiano de trabalho.....	6
2.1 O marco teórico.....	6
2.2 O caminho do estudo.....	14
2.2.1 Tipo de estudo.....	14
2.2.2 Fases do estudo.....	21
2.2.2.1 Entrando no Campo: a fase exploratória da pesquisa.....	21
2.2.2.2 Ficando no Campo: estratégias de levantamento, registro e análise dos dados.....	32
2.2.2.3 Saindo do Campo: validando informações e firmando compromissos.....	38
3 O COTIDIANO DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO CENTRO OBSTÉTRICO.....	39
3.1 Conhecendo o Centro Obstétrico.....	40
3.2 Conhecendo o processo inicial de trabalho dos profissionais de saúde do Centro Obstétrico.....	44
3.3 Conhecendo as interações dos profissionais de saúde nos microambientes do Centro Obstétrico.....	50
3.3.1 Descrevendo o processo de trabalho no microambiente Corredor Interno.....	51
3.3.2 Descrevendo o processo de trabalho no microambiente Sala de Pré-Parto.....	52
3.3.3 Descrevendo o processo de trabalho nos microambientes Salas de Parto.....	58
3.3.4 Descrevendo o processo de trabalho no microambiente Sala de Cuidados Imediatos do Recém-Nascido.....	67
3.3.5 Descrevendo o processo de trabalho no microambiente Sala de Recuperação.....	71
3.3.6 Descrevendo o microambiente Sala de Lanche.....	73
3.4 Conhecendo o processo final de trabalho dos profissionais de saúde do Centro Obstétrico.....	74
4 A CONSTRUÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO CENTRO OBSTÉTRICO NA TEIA DAS INTERAÇÕES DO COTIDIANO DE TRABALHO.....	77
4.1 A Teia das Interações do Centro Obstétrico: uma complexidade de “Aproximações” e “Conflitos”.....	78
4.2 A qualidade de vida dos profissionais de saúde do Centro Obstétrico: do desejo à possibilidade de transformação.....	106
5 REFLEXÕES FINAIS.....	115
5.1 Limitações e contribuições.....	123
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	126
ANEXOS.....	131

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – O Obstetra como referência no plantão	82
Figura 2 – A Chefia como referência do Centro Obstétrico	87
Figura 3 – A Enfermeira como referência para o plantão	92
Figura 4 – A Equipe como unidade de trabalho	97
Figura 5 – A Teia das Interações no Trabalho	102

Obs.: As figuras foram confeccionadas graficamente por Emerson Passos (Emyo Comunicação & Design).

RESUMO

A presente dissertação surgiu de um desejo e de uma necessidade, como trabalhadora de uma organização hospitalar, de desenvolver um estudo com a finalidade de contribuir para a promoção da qualidade de vida do trabalhador. Para tanto, foi desenvolvida uma pesquisa qualitativa, do tipo estudo de caso. A construção do conhecimento foi ocorrendo no processo metodológico, norteado pelo seguinte objetivo: compreender a relação do cotidiano de profissionais de saúde do Centro Obstétrico de uma maternidade hospitalar com a qualidade de vida desses profissionais, tendo como pressuposto que a qualidade de vida é construída a partir de diferentes movimentos de interação no cotidiano. Para o levantamento dos dados foram utilizadas as técnicas Observação Participante com Entrevista e Entrevista em Profundidade, com base em princípios de paradigmas emergentes. A análise foi ocorrendo no processo de levantamento de dados, associada a princípios da Teoria Fundamentada em Dados. Como resultado, traz a descrição do processo de trabalho dos profissionais de saúde da maternidade, mostrando diferentes momentos e tipos de interação, produzidos por componentes relativos à organização do trabalho, próprios daquele ambiente, e pela diversidade e complexidade das características pessoais e profissionais dos sujeitos do estudo. O segundo momento de análise originou um Diagrama Interacional representando múltiplas Teias de Interações. A leitura reflexiva dessa teia mostra possibilidades e limites que se constituem componentes da construção da qualidade de vida no trabalho dos profissionais de saúde deste estudo.

ABSTRACT

The present speech arose from a will, and from a need. As a worker of a hospital organization, I felt the need to develop a study in order to contribute with the promotion of workers' life quality. For this, it was developed a case-study qualitative research. The construction of knowledge took place in the methodological process, led by the following objective: to comprehend the relation of everyday of health professionals from Obstetric Center of a Maternity with their life quality, assuming that life quality is constructed from different movements of interaction in quotidian. We used techniques of "Participant Observation with Interview" and "Deep Interview" in order to collect the data, based on principles of emergent paradigms. The analysis took place in the process of data collection, associated to principles of Theory Based in Data. As a result, it brings a description of work process of maternity's health professionals, showing different moments and types of interaction, produced by components related to work organization, pertaining to that environment, and by diversity and complexity of personal and professional characteristics of study's subjects. The second moment of analysis originated a diagram representing multiple interactions' webs. The reflexive lecture of those webs shows possibilities and limits that are components of construction of life quality at the work of health professionals in this study.

1 INTRODUÇÃO

No cotidiano, seja no lar, seja na escola, seja no trabalho, os indivíduos compreendem e interpretam de modos diferentes as interações e as situações que vivenciam. No trabalho, os indivíduos tendem a criar estruturas de relações e interações a partir de sua prática e elaboram tendências afetivas, éticas, estéticas, conceituais e de ação que apontam para uma resposta coerente com os outros homens e com a natureza. É o sujeito coletivo, o grupo social, que provoca essas tendências (Freire, 1992; Patrício, 1993; 1995).

Atualmente, essas tendências vêm sendo construídas de novas maneiras em decorrência da globalização, o que tem gerado transformações socioculturais contínuas nas interações humanas. As transformações que vêm acontecendo aceleradamente nos processos interacionais de indivíduo-coletivo sem uma reflexão sobre as razões que as provocam têm propiciado relacionamentos de desconfiança e de medo entre indivíduos, família e sociedade. Os seres humanos estão vivendo conflitos constantes em seus processos de trabalho, em grande parte porque é dado muito mais valor ao conhecimento tecnológico do que ao conhecimento do homem sobre si próprio. E também a intimidade forçada de indivíduos convivendo em ambientes conflituosos exige uma reflexão, uma nova visão das interações entre os seres humanos no cotidiano do trabalho e da vida.

Para compreender, então, o cotidiano dos seres humanos nesse jogo de interações individuais e coletivas, é preciso conhecer a realidade dos sujeitos, vivenciando-a.

O cotidiano do trabalho, ou da vida, é a própria vida do homem. É a sua contemplação ou participação no dia-a-dia dos acontecimentos da vida nos seus microambientes. A característica principal da maioria dos cotidianos de trabalho é o seu caráter de repetitividade de ações; é a atividade laborativa sistematizada que se pratica habitualmente.

E uma das melhores formas para a compreensão dos seres humanos no cotidiano de seu trabalho é desenvolver estudos qualitativos a partir de novos paradigmas. Olhar holisticamente a realidade do cotidiano de trabalho e resgatar a subjetividade humana do

trabalhador é perceber cada processo ou fragmento dos eventos que acontecem no ambiente de trabalho para refletir sobre o seu todo, em suas várias dimensões interligadas pelas interações. Pensar holisticamente sobre o cotidiano de trabalho a ser estudado é buscar perceber as potencialidades, as limitações e as “necessidades individuais e coletivas de ser, estar, sentir, conhecer, fazer e ter que o ser humano apresenta em todo o seu processo de viver através da dinâmica da interação transpessoal-natureza-cotidiano-sociedade” (Patrício, 1999, p. 39). Significa, ainda, acreditar que o ser humano, a partir da consciência de sua vida em estreita relação com o universo e com as várias interligações que vão sendo construídas, passa a perceber e cultivar melhor a sua qualidade de vida individual e coletiva.

Qualidade de vida significa neste trabalho o “produto ou processo que diz respeito aos atributos e às propriedades que qualificam essa vida, e ao sentido que tem para cada ser humano. Diz respeito às características dos fenômenos da vida, a como esta se apresenta e se constrói, e a como o indivíduo sente o constante movimento de tecer o processo de viver nas interações humanas” (Patrício, 1999, p. 51). Para a maioria dos seres humanos, qualidade de vida é algo a ser construído, que está muito mais no desejo do que na concretude de sua vida em razão das limitações a que são expostos na vida, no trabalho, no lazer, na educação, na cultura e na sociedade. Depende também de como o indivíduo a concebe e procura promovê-la individual ou coletivamente.

Assim, qualidade de vida precisa ser pensada em todo o processo de viver do ser humano, tanto em micro quanto em macroambientes. Em microambientes desenvolve-se o cotidiano de trabalho dos indivíduos, em sua maioria inseridos numa organização, como por exemplo o cotidiano dos profissionais de saúde de uma organização hospitalar.

No serviço hospitalar, os profissionais de saúde representam a mediação entre os serviços de apoio da organização e o atendimento direto aos clientes.

Para os profissionais de saúde desenvolverem as suas atividades e promoverem qualidade de vida individual-coletiva – compartilhar saberes, ações, sentimentos, energias, habilidades, responsabilidades e a própria vida – com competência técnica e humana na prestação de serviços à sociedade, é importante que busquem perceber as peculiaridades e complexidades do cotidiano de trabalho, valorizando os momentos de satisfação e prazer no trabalho e administrando os conflitos.

Entre os vários enfoques teóricos oferecidos pela visão pós-moderna no resgate do ser humano-trabalhador, percebo possibilidades na Ergonomia como estratégia de apoio

para compreender o cotidiano de trabalho e, assim, desenvolver possibilidades de promover a qualidade de vida do trabalhador. E, pela própria caracterização deste estudo, utilizar os princípios de Ergonomia foi importante para conhecer o cotidiano de profissionais de trabalhadores de saúde, pois o foco principal da Ergonomia é a humanização do trabalho – adaptação do trabalho ao ser humano.

Para conhecer o trabalhador no seu cotidiano de trabalho, a Ergonomia busca em diversas disciplinas instrumentos que possam subsidiá-la. Portanto, dependendo da tecnologia utilizada para desenvolvê-la, ela poderá ser concebida a partir de uma visão holística. Isso acontece quando a organização funciona como um sistema aberto, orgânico, que considera o ser humano trabalhador o componente central no ambiente de trabalho.

Buscando compreender os seres humanos no seu cotidiano de trabalho, procurei apoio em autores qualitativos e nas disciplinas ergonômicas que cursei na Pós-Graduação de Engenharia de Produção. Busquei também me apoiar em estudos de colegas do Núcleo TRANSCRIAR-UFSC que desenvolveram seus trabalhos na Pós-Graduação de Engenharia de Produção seguindo a linha de pesquisa qualidade de vida (Bonazina, 1999; Colombo, 1999; Maia, 1999; Silva, 2000).

Essa procura centrada numa abordagem holística foi importante para o desenvolvimento do tema da dissertação e para a minha vivência no campo com os sujeitos do estudo. A partir dessa visão holística, pude perceber os eventos que iam acontecendo no cotidiano dos profissionais de saúde, refletindo sobre eles, em suas várias dimensões – afetiva, emocional, social e cultural.

O desenvolvimento de estudos com profissionais de saúde tem sido construído gradativamente, fruto do meu trabalho de enfermeira em hospital, em comunidade e em experiências com pesquisa participante no Núcleo TRANSCRIAR-UFSC, e mais recentemente dos conhecimentos que adquiri com as disciplinas do mestrado em Ergonomia.

Associando o desejo de realizar um estudo com profissionais de saúde com a oportunidade de fazer o mestrado na Ergonomia, passei a buscar subsídios que facilitassem o desenvolvimento do tema – cotidiano de trabalho e qualidade de vida. E a principal razão que me levou a estudar essa temática foi a necessidade de compreender melhor o cotidiano de trabalho e a relação desse cotidiano com a qualidade de vida dos profissionais de saúde.

Sentindo-me comprometida em promover a qualidade de vida dos profissionais de saúde da organização hospitalar onde trabalho, decidi desenvolver este estudo numa das unidades dessa organização – um Hospital Geral da Grande Florianópolis. Passei, então, a fazer um estudo exploratório para a escolha definitiva do local. Acompanhando o cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde em toda a maternidade dessa organização, escolhi o Centro Obstétrico para a realização do estudo, principalmente por se tratar de uma unidade em que os profissionais de saúde convivem continuamente por 24 horas em um ambiente considerado fechado, com características próprias no desenvolvimento do trabalho que se diferenciam muito das características das demais unidades do hospital. Este estudo teve como participantes os profissionais de saúde do Centro Obstétrico – obstetras, enfermeiras, técnicos e auxiliares e enfermagem.

Sabemos que o trabalho na área da saúde, principalmente em organização hospitalar, pela sua característica de prestação de serviços a clientes em situação de doença, por si só causa um grande estresse e conflitos nos trabalhadores de saúde, pela própria convivência diária com o sofrimento alheio. No Centro Obstétrico esse estresse e esses conflitos no trabalho que o profissional precisa suportar podem ser originados nas interações entre a equipe de trabalho e nos momentos de tensões, angústias e gritos de clientes que se encontram em trabalho de parto.

Como o estudo de campo foi analisado a partir dos dados empíricos, esta dissertação não traz revisão de literatura, mas apenas leituras qualitativas sobre o método e o marco teórico que me conduziu no campo. Este foi o grande desafio deste estudo: construir o conhecimento com base na realidade vivenciada, o que vai ao encontro dos princípios da pesquisa qualitativa, especialmente aquela que focaliza a construção de elementos teóricos a partir da análise dos dados empíricos.

A construção do conhecimento foi ocorrendo no processo, a partir de uma questão norteadora que permeou todo o estudo: Qual é a relação do cotidiano dos profissionais de saúde do Centro Obstétrico com a sua qualidade de vida?

Tal questão norteadora me direcionou para o seguinte **objetivo geral**:

– Compreender a relação do cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde do Centro Obstétrico de uma maternidade hospitalar com a sua qualidade de vida, tendo como pressuposto que a qualidade de vida é construída no cotidiano nos diferentes movimentos de interações.

Esse objetivo geral foi operacionalizado a partir dos seguintes **objetivos específicos**:

- Descrever o cotidiano do processo de trabalho dos profissionais de saúde do Centro Obstétrico de uma maternidade hospitalar;
- Identificar as práticas de interações do cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde do Centro Obstétrico de uma maternidade hospitalar;
- Analisar a relação do cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde de uma maternidade hospitalar com a sua qualidade de vida.

Quanto à estrutura, este trabalho está dividido nos capítulos discriminados abaixo.

Após esta introdução (Capítulo 1), no Capítulo 2 eu verso sobre o marco teórico, especialmente sobre os conceitos que mediarão a pesquisa, o que me deu suporte no desenvolvimento do estudo. Mostro também como o tema foi desenvolvido, no movimento constante de ir e vir a partir da abordagem escolhida. Como na metodologia qualitativa existem vários caminhos que podem ser trilhados, busquei fundamentar nos autores qualitativos o método, o tipo de estudo e os instrumentos e técnicas utilizados.

No Capítulo 3 apresento a descrição da realidade vivenciada: o cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde do Centro Obstétrico e suas interações.

No Capítulo 4 apresento a análise dos dados empíricos: as interações no trabalho e a sua relação com a qualidade de vida.

No Capítulo 5 apresento a reflexão final, as limitações encontradas e as contribuições deste estudo.

E para finalizar, após as leituras complementares, apresento alguns instrumentos que utilizei para o desenvolvimento do estudo de campo.

2 TRABALHO E QUALIDADE DE VIDA: a Ergonomia sob o ponto de vista das interações no cotidiano de trabalho

É necessário haver um caos dentro de si para dar a luz a uma estrela que dança.
(Nietzsche)

Temos medo de aprender porque temos medo de crescer e de assumir a responsabilidade maior que vem com o crescimento.
(Tarthang Tulku)

Neste capítulo apresento a descrição do processo metodológico desenvolvido, bem como elementos teóricos que embasaram a temática Trabalho e Qualidade de Vida, a partir de conceitos de paradigmas emergentes, mais especificamente pressupostos do Referencial do Cuidado Holístico-Ecológico (Patrício, 1995).

2.1 O marco teórico

Como não fui ao campo contextualizando o tema com revisão da literatura, já que a proposta de análise era desenvolvê-la a partir dos dados empíricos (item 2.2.2.2, C), senti a necessidade de desenvolver o estudo de campo apoiada em alguns conceitos básicos.

As leituras que apresento neste capítulo não têm o objetivo de fazer uma revisão bibliográfica sobre o tema, mas mostrar alguns conceitos que me guiaram no campo e na construção do conhecimento.

Os conceitos apresentados estão interligados com o tema e com o campo de estudo. São eles: **Ergonomia, Organização Hospitalar, Trabalho, Ambiente de Trabalho, Cotidiano de Trabalho, Processo de Trabalho, Profissional de Saúde, Trabalho em Equipe, Qualidade de Vida, Interação Humana no Trabalho.**

A **Ergonomia** foi definida pela Sociedade de Ergonomia de Língua Francesa (SELF) como “disciplina que agrupa os conhecimentos da fisiologia, da psicologia e das ciências conexas, aplicadas ao trabalho humano em vistas a uma melhor adaptação dos métodos, dos meios e do ambiente de trabalho ao homem” (Wisner, 1988).

Para Souza apud Silva Filho (1995), em qualquer situação onde existe trabalho humano, a **Ergonomia** encontra campo para aplicar seus conhecimentos, colhidos das diversas disciplinas que a apóiam e que fornecem o embasamento que permite intervenção com o fim de modificar a situação de trabalho em prol do homem.

É uma disciplina que busca a melhoria das condições de trabalho. Ela se apresenta como a “adaptação do trabalho ao homem”, sendo operacionalizada a partir de diversas disciplinas, fundamentalmente naquelas que abordam o conhecimento sobre o homem e a dinâmica do cotidiano de seu trabalho. Tem como finalidade perceber e solucionar situações sociais relacionados com saúde, segurança, participação do trabalhador na vida da organização, satisfação, conforto e eficiência no trabalho (Montmollin, 1990; Fonseca, 1995; Fialho e Santos, 1997).

Atualmente, quando se estuda o trabalho, busca-se suporte na Ergonomia, pois ela serve para múltiplos fins. Em primeiro lugar, para identificar, minimizar ou eliminar os riscos profissionais; em segundo lugar, para melhorar as condições de trabalho, o que evita situações desgastantes aos trabalhadores, provocadas pela sobrecarga de trabalho em suas várias dimensões; e, terceiro, para promover uma melhor qualidade das atividades produtivas (Faria, 1998).

O campo de ação da **Ergonomia** ampliou-se substancialmente com as transformações operadas no processo de trabalho pela introdução de novas tecnologias, evidenciando a necessidade de considerar a atividade cognitiva dos trabalhadores (Fialho, 1999).

As tarefas estudadas sob o termo geral “trabalho cognitivo” são muito variadas, e entre elas existem as tarefas de diagnóstico, que incluem a medicina e a enfermagem. A Ergonomia não só analisa as condições físicas do trabalhador, como também se preocupa com os processos mentais, com a finalidade de garantir a qualidade de vida do trabalhador e a qualidade do que este produz.

O principal objeto de estudo da **Ergonomia** é o trabalhador. E para compreender esse trabalhador é preciso ter conhecimento holístico. Ser científico em Ergonomia não significa contar com uma ciência homogênea, pois o trabalho e o trabalhador são imagens

da sociedade e do homem, complexos demais para uma abordagem unitária e harmoniosa. Cada ser humano é um ser particular, com sua história de vida (Montimollin, 1990).

É o ser humano na sua totalidade – biológico-social – que se compromete no trabalho. E faz parte de um coletivo de trabalho que não resulta da simples adição dos trabalhadores. Para a **Ergonomia** não existe um “trabalhador antropomédio”, e os estudos antropométricos mostram que a heterogeneidade entre os seres humanos é o que predomina, já que existem diferenças individuais que originam múltiplas capacidades de resistência e de adaptação aos riscos profissionais.

Como as organizações já não podem sobreviver utilizando estruturas rígidas e fechadas, não aceitando as influências e contingências de cada pessoa, a **Ergonomia** assume um papel preponderante, pois procura responder à questão de como os sistemas interagem com o ambiente e o trabalhador. Assim, a **Ergonomia**, com seu caráter interdisciplinar, seu interesse particular na adaptação do trabalho ao homem e com sua abordagem holística, apresenta-se como um sistema aberto, eficiente a todas as esferas da organização, preocupando-se com quem desenvolve o trabalho e com tudo o que compromete o mesmo.

Com a utilização da **Ergonomia**, fica claro que não se pode mais aceitar velhos procedimentos no projeto de trabalho em que os trabalhadores eram considerados um “par de mãos”. Os trabalhadores devem ser considerados seres integrais, contribuindo para o trabalho de uma forma mais humana (Dul e Weerdmeester, 1991).

A importância da **Ergonomia** numa **Organização Hospitalar** aponta para a evidência da subjetividade na relação ser humano trabalhador x ser humano cliente, com a finalidade de promover uma prestação de serviços com satisfação e qualidade para ambos.

Na literatura contemporânea, a **Organização** é definida como “um local onde diferentes agentes contribuem com seus recursos para a produção de objetos e serviços. É também o lugar que cada indivíduo explora, adapta e habita, a fim de realizar seus próprios objetivos” (Chanlat, 1993). Uma organização existe onde houver uma ação coletiva, onde cada indivíduo potencialize os objetivos, quer sejam organizacionais, quer sejam individuais.

Chanlat (1993) destaca que as organizações contemporâneas exercem influências cada vez maiores sobre as condutas individuais, a natureza, as estruturas socioeconômicas e a cultura, o que as leva a transformarem-se em elementos-chave das sociedades, contribuindo dessa forma para edificar uma ordem social.

Em sua tese de doutorado, Capella (1996, p. 166) coloca que a **Organização Hospitalar** ou “Instituição Hospitalar” pode ser concebida como um

espaço social formal [...] onde se estabelecem relações de diferentes ordens, porém determinadas principalmente pelas relações sociais de produção de um trabalho dirigido a um outro homem – o sujeito hospitalizado. Portanto, a produção social não se dá em cima de algo material. O trabalho a ser desenvolvido envolve um outro homem, com tudo que o conceito de homem contempla.

Na sociedade moderna, a **Organização Hospitalar** é compreendida como uma das mais complexas organizações e se caracteriza por uma

divisão de trabalho extremamente acurada, bem como por uma afinada gama de aptidões técnicas. O grande hospital procura preencher um conjunto de finalidades, principalmente o tratamento de doentes, o ensino e a pesquisa. A um só tempo, ele faz o papel de hotel, centro de tratamento, de laboratório, de universidade. Em virtude da alta especialização das suas operações, executadas com vasta gama de profissionais e técnicos, o grande hospital enfrenta problemas sérios de coordenação e de autoridade (Kaste Rosenzweig apud Gerges, 1994, p.46).

Pode-se considerar um hospital um sistema sociotécnico estruturado, onde são levados em consideração cada um dos subsistemas principais, entre eles o processo de trabalho da equipe de saúde, bem como sua interação com os outros processos de trabalho existentes na organização.

O **Centro Obstétrico** é parte integrante da Maternidade, que neste estudo está inserida na Organização Hospitalar. O Centro Obstétrico é uma unidade de internação que presta serviço às gestantes em processo de parir e àquelas que estejam necessitando de cuidados especiais de urgência em qualquer período da gestação. Possui uma equipe de saúde durante as vinte e quatro horas do dia, composta por médico obstetra, enfermeira, técnicos e auxiliares de enfermagem. Neste estudo o Centro Obstétrico é considerado **ambiente de trabalho**.

O **ambiente de trabalho** é o contexto com seus microambientes, o espaço onde o profissional de saúde desenvolve o seu trabalho. Esse espaço vai além do geográfico, sendo concebido também como energético¹, sociocultural, afetivo, intelectual, espiritual. As trocas são interdependentes e inter-relacionadas, influenciando e sendo influenciadas pelos outros ambientes: a própria Organização em sua totalidade, a família, os outros

¹ Ambiente energético é o clima percebido pelas trocas interacionais estabelecidas entre as pessoas. Compõe-se de elementos afetivos, espirituais e culturais que se processam no contexto onde se processam os encontros. A qualidade ambiental costuma modificar nossas sensações, no sentido de provocar bem-estar ou mal-estar, mesmo quando não temos consciência desse processo (Patrício, 1995; 1999).

ambientes de trabalho onde o trabalhador está também inserido, o universo... Conforme foram sendo construídas as interações no trabalho, esse ambiente tanto pode limitar o trabalhador em seu desenvolvimento intuitivo e criativo como pode se tornar um recurso de desenvolvimento das potencialidades de ser, estar, fazer e ter, em “favor da qualidade de vida para viver saudável” (Patrício, 1996; 1995).

O **trabalho** é uma atividade humana que se destina à produção de serviços realizada ou não com auxílio de máquinas.

A palavra trabalho possui na sua origem um sentido de constrangimento e de sofrimento. Este sentido provém do Latim – *tripalium* (trabalho, instrumento de tortura) e *tripaliare* (trabalhar, torturar). Já para os gregos a palavra trabalho possuía dois sentidos: *ponos* (esforço e penalidade) e *ergon* (criação, obra de arte). A contradição entre esses dois sentidos de trabalhar – penar e criar – continua central na concepção moderna de trabalho (Fialho e Santos, 1997).

Segundo Leopardi et al. (1999, p. 29), o “trabalho em saúde é um trabalho essencial para a vida humana e é parte do setor de serviços. É um trabalho da esfera da produção não-material, que se completa no ato da sua realização [...]. O produto é indissociável do processo que o produz, é a própria realização da atividade”.

Na prática hospitalar, o trabalho em saúde é um trabalho coletivo, desenvolvido por vários profissionais interligados, tendo no médico a figura centralizadora do conhecimento e das decisões na prestação do serviço.

Capella (1996, p. 47), falando do trabalho em saúde, nos diz que o

valor real do trabalho está diretamente vinculado à necessidade que a sociedade tem do mesmo [...], é inegável que ele é necessário, imprescindível, muitas vezes. No entanto, essa mesma sociedade desvincula este trabalho do valor ligado à vida, à manutenção e reparação dela, de modo que a compensação financeira não tem sido proporcional a esse valor. Daí os salários serem baixos e as jornadas tão intensas, características perversas do sistema capitalista em que vivemos.

Como profissional de saúde, convivendo com situações limitantes impostas pelo modo como o trabalho se estrutura no âmbito da saúde e pelos baixos salários que a maioria dos profissionais de saúde recebem, encontrei durante anos trabalhadores que buscam de alguma maneira promover a sua qualidade de vida.

Para Patrício (1993), o trabalho é uma atividade vital própria do ser humano, pois é essa atividade que ele vende a outro ser humano para conseguir os necessários meios de subsistência. Geralmente essa atividade vital não é mais do que um meio para poder existir.

O trabalho neste ponto de vista é antes de tudo um sacrifício, é uma mercadoria que outros utilizarão, mas entende-se que o trabalho também possa causar prazer ao homem, até pelo próprio ato de trabalhar.

Portanto, dependendo do trabalhador que o executa e de sua elaboração mental, o trabalho tanto pode se manifestar como sofrimento, significando apenas uma fonte de rendimento para a sobrevivência, como se manifestar por satisfação e prazer pelo convívio social e pela própria atividade desempenhada. Compreender o trabalho para adaptá-lo ao homem exige uma reflexão interdisciplinar entre os trabalhadores de saúde sobre o seu significado, objetivos, finalidades e o produto que ele possa gerar para o indivíduo-coletivo e para a sociedade. O trabalho tanto pode ser um componente destruidor da qualidade de vida do trabalhador como um produtor do homem holístico em relação consigo, com o ambiente e com outros trabalhadores, pelas interações que se estruturam no cotidiano de trabalho.

O **cotidiano de trabalho**, como foi explicitado na introdução, é a construção da vida cotidianamente no ambiente de trabalho. Esse cotidiano representa uma constância diária de encontros e de processo de trabalho, cuja qualidade é construída pelos atores sociais.

Todos os elementos que envolvem o cotidiano de trabalho se “retroalimentam em razão da constante conexão entre eles” (Patrício; Casagrande; Araújo, 1999).

Neste estudo, o **profissional de saúde** (ou trabalhador de saúde) é percebido como um ser humano individual e coletivo que desenvolve o processo de trabalho em equipe, ou sozinho, sendo considerado como um todo no seu trabalho. Esse ser humano tem sentimentos, percepções, crenças, práticas, valores, desejos, expectativas, necessidades, limitações e potencialidades que se manifestam nas interações no trabalho e são expressas em linguagens verbal e não-verbal. No serviço hospitalar o **profissional de saúde** representa a mediação entre os serviços de apoio da organização e o atendimento direto aos clientes. É o agente social que interage com os clientes e com os outros trabalhadores com a finalidade de prestar serviços de saúde baseado em seu conhecimento técnico-científico e humano e nos instrumentos/equipamentos de que dispõe. Dessa interação ele obtém um produto que é a promoção de sua qualidade de vida e a do cliente cuidado por ele.

O **profissional de saúde** num ambiente hospitalar é percebido diferentemente pela formação que tem. Os participantes deste estudo são os trabalhadores médicos obstetras, enfermeiras e técnicos e auxiliares de enfermagem.

Da maneira como ainda está estruturado o trabalho em saúde, o **trabalhador médico** é aquele que “detém a autoridade legal de controle do processo de trabalho” (Pires, 1999). E os **profissionais de enfermagem** (enfermeira(o), técnica(o) de enfermagem e auxiliar de enfermagem) são considerados trabalhadores auxiliares.

O trabalho de enfermagem é organizado de tal maneira que o “enfermeiro assume o papel de detentor do saber e controlador do processo de trabalho da enfermagem, cabendo aos demais trabalhadores de enfermagem o papel de executadores de tarefas delegadas” (Leopardi et al. 1999).

O **trabalho em equipe** ou um **grupo de trabalho** são estruturas de relações e interações que, a partir do desenvolvimento das atividades coletivas, geram nos indivíduos tendências éticas e estéticas², cujas ações influenciam o grupo de trabalho no sentido de manter-se motivado para o trabalho, e são considerados referência para outros homens (clientes e acompanhantes) e para o ambiente. Atualmente, com a globalização, com a multiplicidade ética acelerando os processos interacionais, tem se constatado uma revolução sociocultural nos trabalhos de grupo que incita desconfiança, desencontros e conflitos entre trabalhadores, levando ao desenvolvimento das atividades de maneira individual.

Tal situação, associada à redução do espaço e à intimidade forçada de indivíduos convivendo com culturas diferentes, exige que o grupo esteja em diálogo reflexivo constante sobre a sua atuação e sobre a nova visão das interações entre os seres humanos no cotidiano do trabalho e da vida (Freire, 1992; Patrício, 1993; 1995).

O **processo de trabalho em saúde** na organização hospitalar é um processo de trabalho coletivo. Reúne áreas técnicas das ciências da saúde e humanas formando a

² Considere-se ético, pelo Referencial do Cuidado Holístico-Ecológico, a atitude de respeito em relação às crenças, aos valores e a outros elementos culturais dos indivíduos, e aos seus desejos e sentimentos, bem como a reflexão crítica acerca das consequências de nossos atos na qualidade de vida dos outros seres. E considere-se estético a atitude de sensibilidade para com as situações dos outros seres, considerando a subjetividade, bem como a busca de prazer nos processos interacionais, incluindo momentos de catarse. Ético e estético estão intrinsecamente interligados e se complementam, caracterizando a busca de trabalhar com os padrões cultural-afetivos dos profissionais de saúde, clientes e estudantes, isto é, uma interação baseada em valores, em crenças, em arte, na criatividade, no prazer, na subjetividade e em princípios coletivos de cidadania (Patrício, 1995; 1999).

totalidade dos serviços prestados, incluindo os profissionais de medicina e de enfermagem. Cada área do conhecimento desenvolve parte do atendimento (Capella, 1996). Tem como

finalidade – a ação terapêutica; como **objeto** – o indivíduo ou grupos doentes, sadios ou expostos a risco, necessitando medidas curativas, preservar a saúde ou prevenir doenças; como **instrumental de trabalho** – os instrumentos e as condutas que representam o nível técnico do conhecimento que é o saber de saúde; e o **produto final** é a própria prestação da assistência de saúde que é produzida no mesmo momento que é consumida (Pires, 1999, p. 32).

O processo de trabalho busca integrar prestação de serviço com capital, mediante a participação de todos os seres humanos trabalhadores. Busca ainda intervir no processo de integração e desenvolvimento do potencial humano como ser integral, constituindo uma de organização do trabalho baseada nos valores de segurança, dedicada ao conforto essencial; de sensualidade, na concepção do trabalho como atividade prazerosa; de poder exercido dentro do respeito a liberdade, igualdade e espírito de fraternidade; de amor compartilhado; de inspiração, estimulando e despertando a intuição e a criatividade; de transpessoalidade, estimulando as pessoas a ultrapassar o seu egoísmo, a desenvolver dentro de si a plenitude, a beleza e a descoberta do verdadeiro sentido da vida individual-coletiva (Patrício, 1993; Griffin, 1994; Faria, 1999; Leopardi et al. 1999).

Partindo de pressupostos do Referencial do Cuidado Holístico-Ecológico, segundo Patrício (1995) e outros autores que enfocam o trabalho, conhecer o processo de trabalho da equipe de saúde do Centro Obstétrico é perceber a qualidade de vida dos trabalhadores nas interações expressas na arte, nos conhecimentos e nas linhas de trabalho.

A **interação no trabalho** é um processo interacional entre os seres humanos no ambiente de trabalho e se concretiza pela troca de energia e de universos culturais e afetivos, a partir da realidade de idéias e na concretude do corpo em relação ao ambiente. Representa também um processo dialógico no desenvolvimento da consciência reflexiva individual-coletiva, no sentido de repensar suas percepções, sentimentos, crenças, valores e práticas sobre o trabalho e as relações da equipe. Processos interacionais no trabalho são caracterizados como influências mútuas entre duas ou mais pessoas mediante comunicação verbal e expressões corporais como gestos, olhares, mímica que se manifestam durante o cotidiano de trabalho. O produto dessa troca energética, afetiva, cultural e profissional influencia na qualidade de vida dos seres humanos envolvidos nesse processo interacional (Patrício, 1995).

Para Colombo (1999, p. 22), o ser humano, nas interações que vai estabelecendo com trocas, sofre interferências e interfere no ambiente: “ele pode ser compreendido como processo e como produto”.

Muitas vezes, “as interações manifestam-se de forma paradoxal, mostrando que, dependendo do momento de vida do sujeito, um mesmo aspecto pode estar influenciando negativa ou positivamente na sua qualidade de vida” (Patrício; Casagrande, 1996, p. 352).

Relembrando o conceito de **qualidade de vida** descrito na Introdução, qualidade de vida pode “ser interpretada como substantivo e como adjetivo, tanto no processo de construção de viver, como no produto dessa construção [...]. É o trabalho mediando o processo e produto ‘qualidade de vida’” (Patrício & Casagrande, 1999, p. 350).

O sentido de **qualidade de vida** é a “propriedade”, a “maneira de ser”, o como “se apresenta”, o “como se constrói”, o movimento de “tecer a vida”. Ela depende de como o indivíduo a concebe e procura promovê-la individual ou coletivamente. Basicamente, está relacionada ao “atendimento das necessidades de ser, estar, querer, sentir, conhecer, fazer e de ter”. A qualidade de vida buscada no trabalho é promovida ou limitada pela qualidade das interações que se processam no trabalho (Patrício, 1995, p. 51).

2.2 O caminho do estudo

O estudo de campo foi realizado no período de maio a novembro de 2000, na Maternidade de um Hospital Geral da Grande Florianópolis.

Baseei-me nos princípios da metodologia qualitativa de pesquisa para me aproximar do campo e busquei na literatura a fundamentação que considerei relevante para o desenvolvimento do tema do estudo.

2.2.1 Tipo de estudo

Antes mesmo de pensar em dissertação, já vinha desenvolvendo pesquisas qualitativas pelo Núcleo TRANSCRIAR-UFSC, em comunidades e instituições escolares

com crianças, adolescentes, professores e famílias, por acreditar e validar na práxis a sua importância para a transformação dos sujeitos envolvidos e da sociedade.

Como integrante desse Núcleo, sempre desenvolvi, em parceria com outros colegas, estudos de campo fora de meu local de trabalho, mas tinha o desejo de realizar uma pesquisa dessa natureza em tal ambiente. Portanto, com essa dissertação, busco concretizar um sonho – o de desenvolver um estudo qualitativo na Organização onde sou trabalhadora de enfermagem. Com este estudo tenho a intenção de contribuir para o desenvolvimento do potencial profissional e humano dos trabalhadores de saúde. Essa Organização, atualmente, vem se preocupando com a qualidade na prestação de seus serviços a partir da promoção do trabalhador como profissional e como ser humano em seu posto de trabalho. Aproveitando então essa oportunidade, conjugo o desejo com a necessidade de investir na qualidade de vida do trabalhador a partir de sua própria subjetividade, suas percepções e sentimentos sobre o seu cotidiano de trabalho.

Para o desenvolvimento do estudo, encontrei na **Ergonomia** uma abertura, um suporte teórico-metodológico, haja vista uma de suas aplicações, aquela baseada em métodos qualitativos. Como Wisner (1988) aponta, a análise ergonômica do trabalho não estabelece uma metodologia específica. Apesar de vários autores trazerem propostas metodológicas, cada proposta varia conforme as circunstâncias da intervenção, desde que se mantenha coerência com a função a que se destina. Então, sob a ótica ergonômica, fui confirmando e fundamentando o tema e o método nas disciplinas que frequentei na Pós-Graduação em Engenharia de Produção.

Traçar o caminho para o desenvolvimento do estudo foi uma tarefa prazerosa, pois desde 1990 venho fazendo trocas de conhecimento qualitativo com Patrício et al. (1990, 1991, 1992, 1993, 1994), mediante trabalhos de Ensino-Pesquisa-Extensão como voluntária e, posteriormente, como técnica de apoio à pesquisa pelo CNPq/TRANSCRIAR-UFSC e pelo REPENSUL/TRANSCRIAR-UFSC.

Nesse período de mestrado, uma troca prazerosa de afetividade e de conhecimento ocorreu entre os colegas em sala de aula; entre mim e a orientadora; entre a mim e os trabalhadores de saúde (sujeitos do estudo); e entre nós, integrantes do TRANSCRIAR-UFSC, com trocas de idéias sobre os estudos de dissertações e teses de colegas do próprio núcleo, caracterizadas por momentos de ensino-aprendizagem participante.

Apoiando-me em estudiosos de pesquisa qualitativa para explicitar a metodologia deste estudo, trago algumas definições, conceitos, finalidades e pressupostos.

A **metodologia** de um estudo acadêmico-científico, além de ser uma disciplina que estuda os métodos, é também considerada um modo de conduzir a pesquisa. Assim, ela é vista como um “caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade. Inclui as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a construção da realidade e o sopro divino do potencial criativo do investigador” (Minayo, 1998, p. 16). É o método que nos orienta no processo de investigação, na tomada de decisões, na construção de pressupostos ou na seleção de conceitos, hipóteses, técnicas e dados adequados. Colabora também em detalhar cada técnica auxiliar utilizada na pesquisa para garantir o desenvolvimento do tema dentro da abordagem a que se propõe (Thiollent, 1994).

O **método científico** auxilia na descoberta de novas relações entre fenômenos ou questões ainda não reveladas de um determinado fenômeno. Pelo método, constantemente novos conhecimentos são somados, com a revisão e modificação de outros conhecimentos, resultantes de novas investigações (Nogueira, 1975). É o caminho e “o instrumental próprio de abordagem da realidade. Inclui as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade e também o potencial criativo do pesquisador. O método é o próprio processo de desenvolvimento das coisas” (Minayo, 1998, p. 23).

Num trabalho acadêmico, escolher a abordagem certa para o desenvolvimento do estudo é um dos aspectos mais importantes, se não o mais importante, porque oferece condições para construir e compreender todo o processo de conhecimento.

Dentro dos paradigmas emergentes, mais especificamente na abordagem holístico-ecológica, o **método** pode ser considerado o eixo principal da pesquisa. Ele promove a mediação entre pesquisador e sujeitos, além de direcionar o leitor e esclarecê-lo sobre o processo ou caminho percorrido pelo pesquisador para o desenvolvimento de seu estudo (Patrício, 1995). Neste estudo, a explicitação do método não se apresenta com um estilo pronto, fechado, pois esteve em constante modificação-transformação, sofrendo influências de seres humanos e do contexto (ambiente), sobretudo dos sujeitos envolvidos na pesquisa. O método, enfim, dependeu das limitações dessas pessoas, de suas possibilidades, interações, expectativas e desejos. E acredito que continuará se modificando continuamente mediante a interpretação, reflexão e referência de cada leitor.

Foi com esse jeito, com esse caminho ético e estético de fazer pesquisa – pesquisa qualitativa – que me conduzi na rede de interações humanas que se foi formando no

desenvolvimento deste trabalho. Justifico tal escolha com a grandeza desse método, que é centrado na garantia da qualidade da pesquisa dentro dos princípios científicos de pesquisa com liberdade de o pesquisador e os sujeitos se movimentarem como ondas dinâmicas e interdependentes na produção do conhecimento.

Com **pesquisa qualitativa**, pode-se estudar sistematicamente uma situação no momento e local onde o fenômeno acontece, compreendendo os seres humanos em interação com a natureza-ambiente-cotidiano-sociedade em toda a sua complexidade. Esse tipo de pesquisa é considerada holístico-ecológica (Patrício, 1994; 1995; 1996). Demo (1995) traz a idéia de pesquisa alternativa por ter a finalidade de sempre buscar caminhos novos para entender uma realidade cotidiana que sempre será nova. É uma “arte da interpretação e da comunicação humana, onde sempre há algo de mistério, para além de horizontes científicos” (Demo, 1995). A pesquisa qualitativa se preocupa com questões da realidade que não se quantificam; trabalha com o “universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores, atitudes, o que corresponde a um espaço profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis” (Minayo, 1994, p. 21-22).

A idéia de **pesquisa qualitativa** é muito complexa e genérica e defini-la é muito difícil devido à sua “abrangência de conceito, à especificidade de sua ação e aos limites deste campo de investigação”. Sabe-se que se originou de trabalhos desenvolvidos na Antropologia, depois foi utilizada por sociólogos e, posteriormente, incorporada pelos demais estudiosos das ciências naturais e humanas. Atualmente, os pesquisadores conhecem esse **tipo de abordagem** também com outros nomes, como “estudo de campo”, “interacionismo simbólico”, “pesquisa ecológica”, “etnometodologia”, “descritiva”, “abordagem de estudo de caso”, “pesquisa fenomenológica”, “pesquisa naturalista”, “entrevista em profundidade”, entre tantas outras denominações (Triviños, 1995, p. 120).

A principal característica desse **tipo de pesquisa** está em coletar e analisar materiais “pouco estruturados e narrativos que propiciam campo livre ao potencial das percepções e subjetividade dos seres humanos. A abordagem qualitativa, devido a sua ênfase na realidade dos sujeitos, exige um mínimo de estrutura e um máximo de envolvimento do pesquisador” (Polit & Hungler, 1995, p. 270).

O pesquisador “trabalha os dados a partir da realidade social na sua complexidade, na sua totalidade quantitativa e qualitativa, na sua marcha histórica humana, também dotada de horizontes subjetivos, e depois constrói métodos adequados para captá-la e

transformá-la” (Demo, 1995, p. 229). Pesquisar qualitativamente uma realidade social é enxergar o próprio dinamismo da vida individual e coletiva com toda a “riqueza de significados dela transbordante” (Minayo, 1996, p. 15). É perceber as especificidades de um fenômeno nas suas origens e na razão de ser, pois os seres humanos em grupo desenvolvem atividades que os colocam em diferentes situações através da interação. Portanto, os grupos humanos existem em ação e assim deveriam ser vistos (Haguette, 1987).

Com um enfoque qualitativo, o pesquisador tem mais liberdade de ação e mais condições de produzir material rico de experiências humanas e de *insight* emergido do método não-estruturado (Patrício, 1995; Triviños, 1995).

Basicamente, a pesquisa qualitativa se propõe a estudar seres humanos, organizações ou algum fenômeno social; gerar hipóteses a partir das informações coletadas; elaborar teorias mediante os fenômenos investigados, fundamentadas em dados empíricos (Polit & Hungler, 1995). O fenômeno social “estaria constituído por atos, atividades, significados, participação, relação e situações” (Lofland apud Triviños, 1995, p. 126).

Bogdan apud Triviños (1995, p. 127) aponta cinco características fundamentais da pesquisa qualitativa: “a pesquisa qualitativa tem o ambiente natural como fonte direta dos dados e o pesquisador como instrumento-chave”; “a pesquisa qualitativa é descritiva”; “os pesquisadores qualitativos estão preocupados com o processo e não simplesmente com os resultados e o produto”; “os pesquisadores qualitativos tendem a analisar seus dados indutivamente”; “o significado é a preocupação essencial na abordagem qualitativa”.

Com a utilização de **métodos qualitativos**, o pesquisador se preocupa basicamente em investigar, explicitar e analisar as relações sociais, consideradas “essência e resultante da atividade humana criadora, afetiva e racional, que pode ser apreendida através do cotidiano, da vivência, e da explicação do senso comum” (Minayo, 1998, p. 11).

A pesquisa qualitativa “é uma atitude e uma prática teórica de constante busca que define um processo intrinsecamente inacabado e permanente. É uma atividade de aproximação sucessiva da realidade que nunca se esgota, fazendo uma combinação particular entre teoria e dados” (Minayo, 1998, p. 23).

A principal característica de pesquisadores qualitativos é a sua preocupação de entender o “significado” dos acontecimentos e das interações humanas na vida cotidiana.

Pensando no rigor e nos princípios científicos da pesquisa qualitativa, ao entrar na realidade cotidiana dos sujeitos estudados e de seu ambiente de trabalho, eu tinha consciência da necessidade de estar preparada com método, instrumentos e técnicas adequadas que me facilitassem o desenvolvimento do estudo proposto.

Na **perspectiva ergonômica**, Montmollin (1990), em seus ensaios ergonômicos tratando da preocupação em promover a satisfação do trabalhador em seu posto de trabalho, aponta para a busca de instrumentos mais adequados e flexíveis, baseados na realidade observada, para alcançar transformações almejadas a partir de processos de interação entre os fatores humanos e a atividade humana. As observações para analisar as situações pretendidas e apontar mudanças deverão acontecer progressivamente no ambiente de trabalho.

Com essa fundamentação metodológica em mãos e refletindo sobre o meu desejo de conhecer o cotidiano de trabalhadores num ambiente pouco explorado por pesquisadores – pois encontrei muito pouca literatura brasileira que pudesse me subsidiar neste trabalho, tanto no que se refere ao tema quanto ao ambiente escolhido e aos sujeitos da pesquisa – procurei, então, definir o tipo de estudo que mais contribuísse para o desenvolvimento do trabalho. A minha escolha recaiu sobre o **estudo de caso**, pois acreditei ser este o instrumento que me daria suporte para descrever e compreender o cotidiano de trabalho dos sujeitos estudados e a sua relação com a qualidade de vida.

Autores que abordam métodos qualitativos de pesquisa, como Minayo (1994; 1998), Becker (1997), Bogdan & Biklen (1995), Triviños (1995), Polit & Hungler (1995), Godoy (1995), Patrício (1995; 1996), entre tantos outros das ciências naturais e humanas, consideram **estudo de caso** uma observação detalhada de um contexto, indivíduo, ou grupo de indivíduos a partir de um acontecimento específico, devendo-se começar pela escolha do campo, pela organização da pesquisa, pelo levantamento de dados e pela observação do campo, para a seleção dos sujeitos a serem entrevistados e para a definição dos aspectos a serem aprofundados. Assim, o estudo começa a tomar forma a partir do ambiente, dos sujeitos, dos dados agrupados e dos temas trabalhados. Seu grande valor está em “fornecer o conhecimento aprofundado de uma realidade delimitada que os resultados atingidos podem permitir e formular hipóteses para encaminhamentos de outras pesquisas” (Triviños 1995, p. 111).

O estudo de caso tem ainda o objetivo de colaborar com o pesquisador para lidar com descobertas inesperadas, alertando-o para as múltiplas inter-relações dos fenômenos e para evitar suposições precipitadas.

Entre os vários tipos de estudos de caso definidos na literatura, três são mais conhecidos: o estudo de caso que analisa profundamente uma determinada situação ou realidade; o que se preocupa em explicar por que determinada situação acontece, isto é, existe uma situação-problema que precisa ser estudada; e o que procura descrever detalhadamente um contexto, sendo, portanto, um estudo localizado (Patrício, 1998).

Neste trabalho optei pelo terceiro tipo de estudo de caso. Dessa forma, descrevo a dinâmica do cotidiano num ambiente de trabalho relacionando as interações entre os trabalhadores de saúde com a sua qualidade de vida.

Mas, para compreender essa dinâmica, era fundamental escolher as técnicas mais apropriadas de coleta e análise dos dados. Patrício (1990) comenta, referindo-se à avaliação qualitativa, que o seu foco está na participação efetiva dos sujeitos envolvidos na realidade estudada, tanto no processo quanto no produto. Somente os significados, de razão e sentimento, expressos pelos indivíduos envolvidos podem ser considerados legítimos e verdadeiros. Nesse sentido, busquei desenvolver o processo de avaliação dos dados colhidos no campo no próprio ambiente onde o fenômeno estudado ocorreu.

Para captar os eventos que emergiam no campo, utilizei como técnicas básicas de levantamento de dados a **Observação Participante com Entrevista** e a **Entrevista em Profundidade**, as quais vão sendo esclarecidas no processo desta dissertação.

Dentro dos princípios científicos, éticos e estéticos da pesquisa qualitativa, o Núcleo TRANSCRIAR-UFSC utiliza-se de um referencial teórico-metodológico próprio, denominado de holístico-ecológico, criado por Patrício (1990; 1994; 1995). E como integrante desse Núcleo, para me aproximar do campo, negociar a proposta com os sujeitos envolvidos e desenvolver o tema do estudo, me apropriei dos momentos de interação do método do TRANSCRIAR, caracterizados de **Entrando no Campo**, **Ficando no Campo** e **Saindo do Campo**. À medida que vou me apropriando desses três momentos, passo a explicitar o seu significado.

2.2.2 Fases do estudo

A partir da escolha da metodologia para o desenvolvimento deste estudo, procurei seguir um caminho que me proporcionasse segurança durante a trajetória da pesquisa. Vale ressaltar que neste estudo o caminho aconteceu no processo.

Geralmente, as fases do estudo começam a ser mais bem definidas na medida em que se vai conhecendo o campo. Neste estudo, as **fases do estudo** vão sendo apresentadas pelos momentos de **Entrando no Campo**, **Ficando no Campo** e **Saindo do Campo**.

2.2.2.1 Entrando no Campo: a fase exploratória da pesquisa

Segundo Patrício (1996), o momento “**Entrando no Campo**” é a fase em que o pesquisador se aproxima do campo e dos sujeitos para conhecer e se fazer conhecer, criando a confiança como num “namoro”. É um momento muito rico, cheio de expectativas por conhecer o ambiente, negociar o desenvolvimento da pesquisa e apresentar a proposta de pesquisa solicitando a participação dos sujeitos. É nesse processo de interação que se iniciam a técnica de observação e os diálogos para promover o conhecimento mútuo e discutir a metodologia da pesquisa e os aspectos éticos.

Neste estudo, “**Entrando no Campo**” compreendeu a fase de reflexões sobre os instrumentos e técnicas que utilizei para desenvolver a pesquisa. Ao mesmo tempo que fui negociando com a **Organização Hospitalar** a entrada no campo para a escolha do local e dos sujeitos, fiz uma observação no campo, caracterizada como fase exploratória.

A **fase exploratória** consiste em fazer um estudo preliminar, que é uma versão em escala menor do estudo principal, para fazer os ajustes necessários no projeto de pesquisa e obter informações para o seu aperfeiçoamento e avaliar a sua validade e viabilidade (Polit & Hungler, 1995).

Durante um período de dois meses, fiquei interagindo no campo com os trabalhadores de saúde de toda a Maternidade da Organização para escolher a unidade em que iria realizar o estudo e fazer os ajustes necessários no projeto.

A) Apresentando a Organização Hospitalar: o local do estudo

Concebendo o **campo de pesquisa** como “um recorte que o pesquisador faz em termos de espaço, representando uma realidade empírica a ser estudada a partir das concepções teóricas que fundamentam o objeto da investigação” (Minayo, 1994, p. 53), e

com o desejo de descobrir, criar e produzir conhecimentos qualitativos, procurei dialogar-interagir com os sujeitos no campo do estudo. Dessa aproximação ao campo percebi possibilidades, limitações e descobertas nas interações do cotidiano dos profissionais de saúde até então não vislumbradas por mim na condição de trabalhadora da Organização em estudo.

A **Organização** em estudo localiza-se na Grande Florianópolis. É caracterizada como um Hospital Geral, referência pública e de clientela exclusiva do Sistema Único de Saúde em Santa Catarina. Sua fundação remonta a 1960, mas começou oficialmente a funcionar em 1980. Atende a comunidade local, regional e estadual com programas de extensão de atendimento às necessidades de saúde nas áreas ambulatorial, hospitalar e de serviços complementares, diagnose e terapia.

Sua construção é do tipo monobloco, com quatro andares, possuindo 260 leitos disponíveis em clínicas médicas com todas as especialidades médicas de ensino de graduação e pós-graduação nas áreas de medicina, enfermagem, nutrição, farmácia, bioquímica, psicologia, engenharia clínica, odontologia e serviço social. No térreo (conhecido como primeiro andar) são prestados serviços ambulatoriais e de emergência além dos procedimentos especializados e exames em geral. Os demais andares se destinam ao atendimento de clientes internados: o segundo andar destina-se ao serviço materno-infantil; no terceiro são oferecidos os serviços de atendimento clínico; e no quarto andar, os atendimentos cirúrgicos, de UTI e de hemoterapia. Seu fluxo de atendimento anual, em média, é de 8.500 internações; 113.800 atendimentos emergenciais, adultos e pediátricos (em média de 312 pacientes/dia); e 140.400 atendimentos ambulatoriais (Divisão de Apoio Pessoal da Instituição em estudo).

Tem como filosofia de trabalho um atendimento aos clientes de forma humanizada e globalizada, buscando desenvolver sua prática nos conceitos de saúde da Organização Mundial de Saúde.

São objetivos dessa organização: estar em relação e sob orientação das coordenadorias e dos departamentos de ensino, que nele [no hospital] efetivamente atuam, sendo campo de ensino, pesquisa e extensão na área de saúde e afins; prestar assistência à comunidade na área de saúde em todos os níveis de complexidade, de forma humanizada, universalizada e igualitária.

Sua direção executiva possui uma administração superior e uma setorial. A administração superior é representada pelo Conselho Diretor, órgão com funções

normativas, consultivas e deliberativas. Tem uma Diretoria Geral, uma Vice-Diretoria e, em seguida, subordinadas à Diretoria Geral, vêm a Diretoria de Medicina, a Diretoria de Enfermagem, a Diretoria de Apoio Assistencial e a Diretoria de Administração.

A Diretoria de Enfermagem está organizada hierarquicamente em subníveis, quais sejam: Centro de Pesquisa e Educação em Enfermagem; Comissão de Ética de Enfermagem; e Comissão de Material de Assistência. Logo abaixo vêm as divisões: Divisão de Enfermagem, responsável pela Emergência e pelo Ambulatório; Divisão de Enfermagem Médica, responsável pelos serviços de internação clínica médica; Divisão de Enfermagem Cirúrgica, responsável pelos serviços de internação clínica cirúrgica; e Divisão em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente, responsável pelos serviços materno-infantil. Em cada divisão e serviços a Organização dispõe de uma enfermeira-chefe.

Quanto aos recursos humanos, em decorrência da política do governo federal de não-contratação de pessoal, o hospital vem sofrendo as consequências pelas demissões e aposentadorias, tendo que criar estratégias alternativas de sobrevivência para manter-se em funcionamento e com qualidade, como a contratação de serviços de terceiros.

Da equipe de saúde da Organização, apresento apenas os dados dos profissionais da medicina e da enfermagem, foco do meu estudo. Atualmente, o hospital conta com 221 médicos do quadro permanente, 29 médicos contratados, 6 cedidos pelo SUS e 53 médicos residentes; os enfermeiros são em número de 97 do quadro permanente e 32 contratados; os técnicos/auxiliares somam 265 do quadro permanente e 125 contratados. O pagamento dos funcionários permanentes é feito pelo Ministério da Educação e o de serviços terceirizados, pelo Ministério da Saúde, dinheiro esse proveniente do repasse de verba ao Hospital pelos atendimentos ambulatoriais prestados a comunidade pelo Sistema Único de Saúde (Setor de finanças do Hospital em estudo).

O hospital mantém a sua qualidade pelo esforço de cada trabalhador, mas está enfrentando uma série de dificuldades. Entre elas estão a desmotivação dos servidores com a política de baixos salários e desprestigiamento do servidor público, e a conseqüente dupla e até tripla jornada de trabalho em busca de melhor rendimento, o que é confirmado nas falas de alguns trabalhadores durante a fase exploratória:

Eu não agüento mais trabalhar em três empregos, mas o governo me obriga;
Dos três empregos que eu tenho é o hospital que eu considero o principal emprego pra minha vida, mas quero manter os outros porque também gosto deles e é assim que tenho condições financeiras de manter a qualidade de vida pessoal e da minha família;

É uma vergonha o que o governo está fazendo conosco, esse salário de fome me fez procurar outro emprego.

A Organização é prestadora de serviços de saúde à população, e não possui um plano de saúde específico para os seus trabalhadores. O trabalhador é atendido na perícia médica da Organização, mas obedece à norma de encaminhamentos às especialidades médicas vigentes para toda a população, conforme mostram alguns trabalhadores no momento da fase exploratória:

Entre outros descontentamentos existe a questão da saúde dos profissionais, pois não temos uma equipe de saúde específica para nos tratar, mesmo trabalhando dentro de um hospital geral;

Frustra-me saber que passo por uma perícia médica deficiente, me encaminha para especialistas e tenho que me virar pra conseguir vaga;

Nos adoecemos por causa do trabalho atendendo a população e não temos atendimento facilitado para podermos atender essa população com saúde;

É estranho trabalhar num hospital e ter que pagar médico lá fora por causa da dificuldade de conseguir uma consulta especializada aqui. Não temos chance e nem plano de saúde.

Para o desenvolvimento do estudo de campo, antes mesmo de fazer os contatos e apresentar a proposta de pesquisa à Comissão de Ética dessa Organização, já tinha decidido realizá-la na maternidade, por ser a área do hospital mais recentemente construída, onde as interações entre os profissionais de saúde ainda estão se estruturando e, por outro lado, por ser o setor da Organização de maior reconhecimento em todo o país, inclusive com alguns prêmios já conquistados.

A **Maternidade do Hospital** em estudo localiza-se no segundo andar, sendo composta pelas unidades de Emergência Obstétrica, Centro Obstétrico, Alojamento Conjunto, Berçário e Centro de Incentivo ao Aleitamento Materno.

O quadro de **profissionais da saúde** é composto por 22 obstetras, 22 neonatologistas, 32 enfermeiros, 145 técnicos e auxiliares de enfermagem, quatro escrivães, uma nutricionista, uma assistente social e uma psicóloga.

Sua inauguração oficial e início de funcionamento ocorreram em 1995. Caracterizada como maternidade de pequeno porte, dispõe apenas de 16 leitos para puerpério e seis leitos, considerados leitos de alto risco, para internação de gestante. Foi construída seguindo as normas e regulamentos do hospital, salvo na questão dos acompanhantes, que podem permanecer 24 horas com a cliente e participar de todo o processo de atendimento desta.

Essa proposta de acompanhante 24 horas com a cliente está fundamentada na humanização do atendimento, com o intuito de promover a segurança da mulher gestante e

a integração do novo filho – o recém-nascido – à sua família. Também na intenção de manter os laços familiares, na unidade Alojamento Conjunto, onde a cliente fica internada, é liberada, por ocasião do horário de visitas, a permanência de crianças de qualquer idade, desde que sejam irmãos ou filhos da cliente.

A maternidade possui uma **filosofia própria**, baseada na filosofia, nos objetivos e na finalidade do hospital. Seus principais tópicos são:

É direito de toda mulher/recém-nascido/família, no processo de gravidez, parto e puerpério, receber atendimento personalizado que garanta uma assistência adequada, nos aspectos biológicos, sociais, psicológicos e espirituais;

Na atenção à saúde da mulher, recém-nascido e família durante a gravidez, parto e puerpério se considera a importância do papel do pai, sua presença e participação;

A equipe interdisciplinar que presta assistência à mulher/recém-nascido/família deve atuar de forma integrada, visando um atendimento adequado; as atividades de ensino, pesquisa e extensão realizada pela equipe interdisciplinar ligada à saúde da mulher/recém-nascido/família devem refletir atitudes de respeito ao ser humano e reverter em benefício de uma melhor assistência;

A equipe deve exercer papel atuante de educação da mulher/acompanhante e grupo familiar, com vistas ao preparo e adaptação ao aleitamento materno, desenvolvimento da confiança e capacidade de cuidar do filho, execução dos cuidados básicos de saúde e planejamento familiar;

Todo o pessoal deve ter qualificação da assistência que tem direito a mãe, o recém-nascido e a família; a parturiente não deixará de ser atendida por quaisquer problemas burocráticos – ou as rotinas terão flexibilização suficiente para todas e quaisquer exceções, ou serão adaptadas após a geração do fato.

O desenvolvimento das atividades será de forma integrada quanto às unidades que operam na maternidade, ou com elas se relacionam.

(Filosofia da Maternidade da Organização em Estudo)

Durante esses cinco anos de funcionamento, a equipe de saúde da maternidade vem fazendo cursos e reciclagens para atingir metas e objetivos traçados pela equipe multidisciplinar. Dessa luta e empenho de todos os funcionários da maternidade, e até mesmo do hospital como um todo, a maternidade já conquistou o título: Hospital Amigo da Criança, título esse outorgado pela UNICEF pela qualidade do atendimento e incentivo ao aleitamento materno. Recebeu também o prêmio Professor Galba de Araújo Júnior, do Ministério da Saúde, concedido a instituições que investem em experiências inovadoras e de baixo custo para melhorar a qualidade dos serviços prestados na hora do parto. Esse reconhecimento é devido às instalações, aos projetos desenvolvidos e ao trabalho humanizado realizado na maternidade, como a mãe-canguru. Vale ressaltar que em cada região do país apenas um hospital ganhou o prêmio Professor Galba de Araújo Júnior. Mais recentemente, os trabalhadores de saúde da maternidade estão empenhados na luta para a conquista do título Maternidade Segura. Esses títulos são motivos de orgulho para

os profissionais de saúde envolvidos, mas ao mesmo tempo têm gerado certas frustrações em alguns deles, conforme são expressadas durante a fase exploratória deste estudo:

Ao mesmo tempo em que fico lisonjeada com os títulos que estamos conquistando, me entristece essa falta de empenho, de coleguismo, de integração de todos para que o trabalho seja realizado com mais prazer;

Essas conquistas às custas de ordens de cima pra baixo não me animam muito. O que me deixa contente são os contatos com a gestante. Nessa maternidade a gente trabalha diferente, a estrutura é outra, isso me alegra;

Eu amo de paixão o que faço e como faço, nós merecemos esses títulos, o hospital todo se empenhou e agora é reconhecido;

Gostei, sim, de termos ganho todos esses títulos, mas precisamos nos empenhar agora é na humanização dos servidores.

Quando pensei em desenvolver o estudo, a princípio me imaginei colhendo dados em toda a maternidade. Entretanto, a **fase exploratória da pesquisa** me fez perceber que não daria conta disso, pela complexidade e diversidade de seus serviços, pela sua dimensão e pelas especificidades diferenciadas que cada unidade da maternidade contém. Optei, então, pelo **Centro Obstétrico (CO)**, por ser um ambiente de trabalho considerado “fechado”, onde as interações acontecem na obscuridade, o trabalho cotidiano vai se desenvolvendo isoladamente das demais áreas do hospital, inclusive da própria maternidade como um todo. Os contatos do Centro Obstétrico com as outras unidades da maternidade são apenas formais e profissionais na porta do CO, quando da passagem de plantão das clientes. Também como trabalhadora dessa maternidade, nos contatos informais e profissionais, presenciei vários trabalhadores se queixando de seu cotidiano de trabalho – ouvia reclamações e descontentamentos sobre o ambiente de trabalho e suas interações. Assim, observando o movimento e o ambiente durante a fase exploratória, me instigou investigar o que se passa além da porta do CO, esse ambiente organizacional considerado por todos como área restrita, conforme as falas de alguns trabalhadores:

Esse local é uma área restrita, pra entrar é preciso algumas precauções como colocar propé, avental;

só entra funcionários, pacientes, estagiários e alguns convidados, o resto do hospital só fica sabendo o que acontece aqui por conta das conversas de corredores;

A minha impressão é que nós não pertencemos ao hospital por causa desse isolamento; entramos aqui, colocamos essa roupa e passamos 12 horas sem contato com os outros, não sabemos o que acontece lá fora.

Ao mesmo tempo em que fui desenvolvendo o **processo de entrada no campo**, fui coletando dados, pois a pesquisa qualitativa, desde que mantido o rigor científico, tem como princípio a flexibilização do ir e vir entre método e sua aplicação.

Esse **processo de entrada no campo** constituiu-se em uma tarefa relativamente fácil, pelo conhecimento que tenho da Organização e de seus microambientes. Tal entrada

no campo ocorrendo mediada por princípios éticos, previamente estabelecidos entre mim, a Comissão de Ética da Organização e os profissionais de saúde, sujeitos do estudo.

B) Explicitando os aspectos éticos acordados

Ética consiste nas normas relativas aos procedimentos considerados corretos ou incorretos por determinado grupo. Frequentemente o pesquisador enfrenta problemas éticos, da mesma forma que os sujeitos investigados estão sujeitos a dilemas éticos com os quais podem se defrontar (Bogdan & Biklen, 1995; Polit & Hungler, 1995).

O número de pesquisas envolvendo seres humanos tem aumentado significativamente, e com esse aumento surgiram as preocupações em definir os aspectos éticos da pesquisa, como forma de proteger o indivíduo ou grupo de profissionais que se encontram na condição de sujeitos de pesquisa.

Expor os sujeitos participantes de uma pesquisa em situações constrangedoras, morais ou em experiências que produzem danos físicos ou psicológicos é inaceitável.

Nas últimas décadas vários esforços têm sido feitos para evitar violações aos direitos humanos, e para este fim foram elaborados vários códigos de ética. Um dos primeiros conjuntos de padrões éticos, reconhecido internacionalmente, foi o de Nuremberg, criado após a publicação das atrocidades dos nazistas. Vários outros já foram criados, e o mais notável é a declaração de Helsinki, adotada pela World Medical Assembly, em 1964, e revisada em 1975 (Polit & Hungler, 1995).

Bogdan & Biklen (1995, p. 75) colocam as duas questões mais recentes sobre a ética na investigação com sujeitos humanos: “os sujeitos aderem voluntariamente aos projetos de investigação, cientes da natureza do estudo e dos perigos e obrigações nele envolvidas; os sujeitos não são expostos a riscos superiores aos ganhos que possam advir”.

No Brasil, o Conselho Nacional de Saúde emitiu as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos (Resolução nº 196, aprovada em 10 de outubro de 1996).

Neste estudo, procurei discutir com a **Organização e os sujeitos os princípios éticos da pesquisa**, baseado-me na Resolução nº 196 e nos princípios éticos do Núcleo TRANSCRIAR-UFSC. A ética em pesquisa é ponto preliminar nas pesquisas desenvolvidas por esse Núcleo, principalmente no que se refere a sigilo de informações, garantia do anonimato e devolução dos dados aos sujeitos e à sociedade, com autorização dos sujeitos envolvidos.

Então, como esclarecimento desses aspectos éticos entre mim e os sujeitos do estudo, elaborei uma carta de apresentação da pesquisa a qual entreguei à **Comissão de Ética da Organização** em estudo, juntamente com o projeto de pesquisa para apreciação (Anexo 1). Com a aprovação do projeto e liberação para desenvolver a pesquisa de campo, ao iniciar o **processo de interação e negociação da participação dos sujeitos no estudo**, entreguei a eles uma **carta com uma descrição da pesquisa** contendo objetivos, metodologia, informações sobre a análise dos dados e a devolução dos resultados da pesquisa e outras informações pertinentes (Anexo 2). Aos sujeitos solicitei a assinatura em declaração como prova de que foram informados e de que consentiram espontaneamente em **participar da pesquisa** (Anexo 3).

C) Apresentando os sujeitos do estudo

Quando comecei a refletir sobre como iria **selecionar os sujeitos** para participar da pesquisa, senti muita dificuldade de o fazer pela abrangência do tema e pela própria característica da organização do trabalho no CO. Como a prestação de serviço acontece ininterruptamente por 24 horas, com esquemas de plantões, não conseguia delimitar apenas alguns plantões ou sujeitos, pois muito me preocupava esse olhar fragmentado de apreensão da realidade. E ao mesmo tempo, a partir de **Observações Participantes que fiz na fase exploratória**, tive consciência da complexidade e diversidade que era o CO em se falando de interações, pelas próprias expressões que alguns trabalhadores me traziam com esse contato inicial:

Se fizeres o teu estudo aqui vais sentir como é o trabalho, vais encontrar os dois opostos, muita satisfação e alegria, mas também muitos tititis entre os funcionários. Por isso não dá pra tu observar apenas alguns plantões, porque existem diferenças significativas; O CO é trabalhoso e complexo, pois cada local aqui, na frente ou lá atrás, é distinto e temos que atuar diferente; o próprio ambiente modifica as nossas relações; Não dá pra tu olhar só alguns trabalhadores, tens que ver tudo se queres ter uma noção de como se dá os relacionamentos, os esquemas mudam de uma equipe pra outra.

Dimensionado os eventos observados e as expressões dos trabalhadores, optei por estender o momento de "**Ficando no Campo**", de quatro meses para seis meses, e realizar a Observação Participante com todos os trabalhadores de saúde do CO, em todos os plantões e períodos.

Portanto, os **participantes do estudo** foram os profissionais de saúde do CO, a eu e a orientadora do estudo. Outros profissionais da Organização que interagem no ambiente, exercendo atividades ocasionais no CO, como anestesiológicos, neonatológicos, psicóloga e assistente social, foram considerados trabalhadores colaboradores, assim como os

estudantes de medicina que fazem estágio 24 horas no CO, em dupla, com esquema de rodízio de plantão.

Os profissionais de saúde do CO são em número de 61: 22 médicos obstetras (11 do sexo feminino e 11 do sexo masculino), 8 enfermeiras, 30 técnicos e auxiliares de enfermagem (28 do sexo feminino e 2 do sexo masculino) e uma escriturária. A faixa etária varia de 28 a 45 anos de idade, e o tempo de trabalho na instituição, de 5 a 20 anos.

Dos trabalhadores da enfermagem 3 enfermeiras e 12 técnicos e auxiliares de enfermagem trabalham no período noturno numa escala de 12 por 60 horas, dividindo-se em 3 plantões (noite 1, noite 2 e noite 3). Os demais trabalhadores de enfermagem trabalham durante o dia, numa escala também de 12 por 60 horas, e alguns num período de 6 horas diárias. Alguns trabalhadores de enfermagem diurnos fazem coberturas à noite, por ocasião de licença, férias ou folga de algum trabalhador. Desses trabalhadores de enfermagem, 24 são efetivos e 6 contratados (terceirização). O salário inicial dos técnicos e auxiliares de enfermagem é em média de R\$ 400,00, acrescido de gratificações como vale-transporte, vale-refeição, insalubridade e, para os servidores que trabalham à noite, adicional noturno. Quanto às enfermeiras, recebem os mesmos valores de gratificação e um salário-base em média de R\$ 700,00 (dados fornecidos pelo Divisão de Apoio Pessoal do Hospital em estudo).

O tempo de serviço dos funcionários de enfermagem varia entre 5 e 20 anos, e para a maioria dos efetivos a média é de 10 a 15 anos. A maioria dos trabalhadores de enfermagem tem dois vínculos empregatícios, e três servidores possuem três vínculos empregatícios, como forma de aumentar o rendimento econômico para “manter ou melhorar o padrão de vida”.

Os trabalhadores obstetras têm uma carga horária diferente: são contratados por 20 ou 40 horas semanais. Os que fazem 40 horas destinam 20 ao trabalho no CO e 20 horas ao Ambulatório. Eles são escalados no CO em dupla, geralmente fixa, e no mesmo dia da semana, fazendo um plantão de 12 horas durante a semana. Nos fins de semana e feriados é feito rodízio, conforme compensação das horas em débito. Quando estão de plantão no CO, são responsáveis também por todos os atendimentos na Emergência Obstétrica e pelos atendimentos de emergência no Alojamento Conjunto nos casos de intercorrências com clientes.

É característica na medicina esses trabalhadores terem múltiplos vínculos empregatícios. Dos que trabalham no CO, a maioria tem quatro vínculos empregatícios –

clínica particular, consultório, outra maternidade pública e o hospital em estudo –, principalmente aqueles com carga horária de 20 horas semanais. Desses obstetras, 16 são efetivos e 3, contratados (terceirização).

Quanto ao salário, depende do tipo de contrato, da carga horária e da função que exercem na Organização, pois alguns profissionais, além de atuarem como obstetras, exercem as funções de professor e/ou cirurgião na especialidade de ginecologia. O salário-base é fixado, em média, em R\$ 700,00 por 20 horas, além das gratificações.

Com a abertura da maternidade em 1995, os servidores de enfermagem foram lotados no CO por vontade própria a partir de remanejamento interno, isto é, eles se inscreveram para trabalhar no CO e foram submetidos a seleção de transferência interna. Alguns obstetras que já trabalhavam na Organização passaram a dividir as suas atividades ambulatoriais com as atividades no CO, mas o atual quadro de obstetras é composto, na sua maior parte, por profissionais contratados por ocasião da abertura da maternidade.

Enfim, com os profissionais do CO perfazendo um **total 61 trabalhadores**, tive consciência de que, pelas características da pesquisa qualitativa e pelo tempo que eu tinha disponível (seis meses) para o momento “**Ficando no Campo**”, esse número de pessoas era muito elevado para eu conseguir fazer entrevistas em profundidade com todas elas. Assim, na fase exploratória também fiz a Observação Participante com vistas a perceber com quais trabalhadores eu iria negociar a realização de entrevista em profundidade. O maior problema seria como fazer com tantos trabalhadores e plantões diferentes. Avaliando as características particulares de cada plantão e o número de funcionários em cada equipe (dois obstetras, uma enfermeira e quatro ou cinco técnicos e auxiliares de enfermagem), optei por selecionar um obstetra, a enfermeira e dois técnicos e auxiliares de enfermagem em cada plantão, mais a enfermeira-chefe da unidade e uma enfermeira que faz as coberturas de férias e licenças, perfazendo um total de 26 sujeitos entrevistados. Foi uma etapa que me exigiu bastante tempo, porque, além do grande número de entrevistas, eu dependia da disponibilidade de tempo dos trabalhadores selecionados. Esse número de entrevistas foi necessário para que eu pudesse, com maior fidedignidade, apreender a realidade observada e validar os dados colhidos nas observações participantes no momento dessas entrevistas. Só assim foi possível fazer a caracterização do CO, dada a sua complexidade de interações na totalidade e as suas especificidades em cada plantão.

Dos 26 trabalhadores entrevistados, 7 são do sexo masculino e 19 do sexo feminino; a faixa etária situa-se entre 28 e 49 anos de idade; oito são solteiros e 18

casados; a maioria tem dois ou três filhos. O tempo de trabalho nesse hospital varia muito, entre 5 e 19 anos. Todos os entrevistados estão lotados no CO desde a sua abertura, há 5 anos. Quanto ao vínculo empregatício, oito trabalhadores possuem apenas o vínculo com o hospital em estudo; 8 têm 2 vínculos; 7 têm 3 vínculos; um tem quatro vínculos; e um tem cinco vínculos. A maioria dos trabalhadores obstetras possui acima de 3 vínculos empregatícios. Na enfermagem, 2 trabalhadores possuem 3 vínculos empregatícios e os demais, 2 vínculos.

Quanto à **formação profissional**, os trabalhadores do CO preenchem os requisitos de cada categoria. Além disso, dos trabalhadores de nível médio – os técnicos e auxiliares de enfermagem –, dois têm formação superior e três estão cursando a universidade. Das enfermeiras, cinco têm pós-graduação em nível de especialização em enfermagem obstétrica e três estavam, na época da pesquisa de campo, fazendo esse curso. Duas delas também têm mestrado e uma está cursando doutorado. Os obstetras têm formação específica em obstetrícia com residência, e dois estão cursando mestrado.

Investigando sobre a formação para o trabalho em equipe, constatei que, dos obstetras entrevistados até aquele momento, nenhum participara de cursos de integração ou relacionamento humano, mesmo porque, segundo alguns deles, esse tipo de curso não é comum na obstetrícia e nem em sua formação acadêmica. Dos trabalhadores de enfermagem, uns poucos fizeram cursinhos “relâmpagos” em outras instituições onde trabalham; e nesse hospital a maioria participou de **vivências de integração de servidores** em um curso intitulado “Vivendo e Trabalhando Melhor”, e em outro de integração entre servidores dos Centros Cirúrgico, de Material e Esterilização e Obstétrico. Especificamente sobre integração entre todos os trabalhadores do CO, não houve relato.

Em relação ao **rigor da entrevista** e aos **aspectos éticos**, vale ressaltar que a identificação dos profissionais de saúde que participaram deste estudo foi feita a partir de **pseudônimos**. São eles: **Alegria, Amor-Perfeito, Arruda, Asdrúbal, Cristal, Bem-Me-Quer, Boca de Leão, Cravo, Fadinha Azul, Faraó, Flor do Campo, Gaivota, Girassol, Grama, Jasmim, Liberdade, Melodia, Orquídea, P, Pedra Preciosa, Rosa Vermelha, Saudade, Sempre-Viva, Sentinela, Tulipa e Violeta.**

Conforme acordado com os sujeitos, o anonimato foi mantido durante todo o processo de desenvolvimento da pesquisa, e no decorrer do estudo são utilizadas expressões dos trabalhadores. Para tanto, as falas selecionadas neste estudo são identificadas pelo nome da categoria profissional seguido do termo “Notas de Campo”

quando extraídas da Observação Participante, e identificadas por pseudônimo quando extraídas das Entrevistas em Profundidade. Os pseudônimos foram escolhidos pelos trabalhadores. Entretanto, pedi para que não fosse escolhido nome de pessoa, para evitar coincidências com nome real de algum trabalhador da Organização. E nas Notas de Campo da Observação Participante ou nas Entrevistas, quando algum trabalhador menciona o nome de algum colega, esse nome é substituído por Fulano, Beltrano ou Cicrano.

2.2.2.2 Ficando no Campo: estratégias de levantamento, registro e análise dos dados

O momento de “**Ficando no Campo**” foi caracterizado por Patrício (1996) como aquele em que o pesquisador interage com os sujeitos tendo como principal finalidade levantar, registrar e processar os dados de campo da pesquisa.

Nesse momento permaneci prazerosamente por períodos extensos no campo e, intensamente, acompanhei o processo de trabalho dos profissionais de saúde no cotidiano do CO.

A minha intenção, conforme havia me programado, era a de ficar no campo por quatro meses. Contudo, pela diversidade de dados que iam emergindo, foi necessário estender esse período por mais dois meses para melhor compreender esse cotidiano.

A) Explicitando as estratégias de levantamento dos dados

Na concepção qualitativa, as relações sociais são observadas no sentido simbólico e no sentido interacional. Nas interações, símbolos e significados representam os principais elementos a serem apreendidos na coleta de dados. E para apreender a realidade com toda a sua riqueza de símbolos e significados manifestados nas interações do cotidiano de trabalho do CO, nada mais adequado do que me apropriar de instrumentos e técnicas que garantissem a coleta, o registro e a análise dos dados (Minayo, 1994; 1998; Bogdan & Biklen, 1995; Triviños, 1995; Patrício, 1995; 1996).

Das diversas técnicas mencionadas por esses autores para o levantamento de dados sobre a subjetividade humana, a **Observação Participante com Entrevista** e a **Entrevista em Profundidade** foram as técnicas escolhidas para o desenvolvimento deste estudo por formarem uma base mais fidedigna e satisfatória para captar o fenômeno no campo.

A **Observação Participante** é uma técnica essencial no trabalho de campo, não somente para colher os dados, mas também para facilitar o processo de interação inicial, promovendo a confiança entre pesquisador e sujeito. Essa técnica me possibilitou perceber com maior flexibilidade as interações cotidianas de trabalho no ambiente em estudo e me ajudou a sentir melhor as atitudes do grupo, aproximando-me assim da sua subjetividade.

Minayo (1994, p. 135) traz o conceito de **Observação Participante** de Schwartz & Schwartz:

Processo pelo qual mantém-se a presença do observador numa situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica. O observador está em relação face a face com os observados e, ao participar da vida deles, no seu cenário cultural, colhe dados. Assim o observador é parte do contexto sob observação, ao mesmo tempo modificando e sendo modificado por este contexto.

Essa técnica foi importante porque me ajudou a entender várias situações ou eventos não esclarecidos com a entrevista. Segundo os princípios dessa técnica, pude me colocar no papel de observadora – observando os eventos do cotidiano do grupo estudado –, como também pude assumir a postura de observadora participante – participando ativamente de todo o processo (Triviños, 1995; Minayo, 1994; Patrício, 1990; Patrício et al. 1991; 1992; 1993; 1994).

À medida que as relações e as interações foram se fortalecendo, fui participando mais, ficando mais atenta ao tempo adequado de participação e ao modo de como participar – como colocam Patrício (1990), Bodgan & Biklen (1995), Becker (1997), a **Observação Participante** vai acontecendo gradativamente. Na condição de observadora, coloquei-me no ambiente com o objetivo de ver o que os trabalhadores faziam enquanto realizavam a tarefa/atividade – como interagiam com eles próprios, com as clientes e com os estagiários, qual o resultado dessa interação e como eles discutiam e avaliavam a dinâmica vivenciada por eles no cotidiano.

Haguette (1987) alerta para o fato de que a **Observação Participante** não utiliza instrumento como guia. Assim, a observação neste estudo dependeu do meu envolvimento e do compromisso que assumi como pesquisadora.

Neste estudo, a **Observação Participante** ocorreu em três fases distintas, preconizadas pela metodologia do Núcleo TRANSCRIAR-UFSC: 1) **Observação**: observei o ambiente físico do CO e as interações que aconteceram entre os profissionais de saúde e entre os profissionais, as clientes e os estagiários; 2) **Observação e Participação**: continuei a observação, propondo-me a participar gradativamente à medida que fui criando

vínculo de confiança e sendo aceita pelos trabalhadores. Nessa fase, iniciei a *Entrevista* enquanto interagia, levantando com os sujeitos aspectos observados na *Observação* e percebendo com mais clareza os significados das situações que foram surgindo com a minha participação. Essa participação tornou-se mais intensa com a **Entrevista em Profundidade**, que foi um momento importante para compreender melhor os dados já coletados e continuar colhendo outros dados não percebidos sobre os significados do cotidiano de trabalho para os sujeitos; 3) **Observação Reflexiva**: passei a validar com os sujeitos a compreensão que eu ia tendo sobre a realidade observada. Foi o momento fundamental de esclarecimento de dúvidas e de situações observadas que não tinham ficado muito claras para mim e para os sujeitos do estudo. Essa fase também é considerada como o início das despedidas do campo (Leininger, 1985; Patrício, 1990; Patrício et al., 1991; 1992; 1993; 1994), o que realmente ocorreu neste estudo.

A minha atenção no campo esteve sempre voltada para como os profissionais de saúde percebiam o seu cotidiano de trabalho e qual a relação que eles faziam desse cotidiano com a sua qualidade de vida.

Ancorada na metodologia, no tema de pesquisa e nas minhas perguntas de pesquisa, mas aberta para redefinir tudo isso diante de qualquer necessidade, interagia com todos os trabalhadores, em todos os turnos para apreender os eventos vivenciados de maneira mais fiel possível. Para selecionar com maior rigor os trabalhadores para a **Entrevista em Profundidade**, aproveitei as observações que fazia cotidianamente, procurando sempre perceber quais profissionais de saúde me dariam mais conteúdo sobre suas percepções e sentimentos, expressos nas linguagens verbal e não-verbal. Fui feliz na escolha dos sujeitos porque a maioria dos entrevistados validou muito daqueles dados que eu estava levantando na *Observação Participante* desde a *Entrada no Campo*. Inclusive, já vinha categorizando e fazendo uma análise preliminar.

Assim, a partir da **Observação Participante**, comecei a **negociar** com alguns profissionais de saúde a possibilidade de realizar a *Entrevista*.

Entendo a técnica **Entrevista em Profundidade**, assim como Haguette (1987), como um processo de interação social entre duas pessoas com o objetivo de fornecer informações a uma das pessoas, o entrevistador. Adotei essa técnica como instrumento de coleta com o objetivo de captar com lealdade o real, evitando influências de minha parte e fatores externos que por ventura pudessem mascarar a realidade. Com a *Entrevista* busquei

detalhar fatos específicos sobre os quais na Observação Participante eu não conseguia coletar dados.

Na pesquisa qualitativa a entrevista varia em grau de estruturação e é geralmente guiada por tópicos gerais. Neste estudo, usei a **Entrevista Semi-Estruturada** para obter os dados comparáveis entre os vários trabalhadores, abordando livremente o tema proposto (Triviños, 1995; Bogdan & Biklen, 1995; Minayo, 1994; Patrício, 1998; Patrício et al., 1991; 1992; 1993; 1994). Usei como recurso inicial para a **Entrevista Semi-Estruturada** perguntas mais amplas, a saber: “O que significa qualidade de vida?”, “Como percebe o cotidiano de trabalho do CO?”, “Como percebe as interações dos profissionais de saúde do CO?” e “Qual a relação do cotidiano de trabalho do CO com a sua qualidade de vida?”. Para alguns entrevistados foi necessária uma complementação com perguntas auxiliares, tais como: “Como você avalia esse seu cotidiano de trabalho?”, “Como você percebe a situação X que vivenciou?”, “Como você se percebe quando está chegando ou quando está saindo do CO?” (Anexo 4).

Conforme os autores citados no parágrafo anterior preconizam para esse **tipo de entrevista**, procurei em alguns casos, obter a colaboração do entrevistado assumindo uma postura que favorecesse uma relação de mútua confiança. Para tanto, deixei que o entrevistado se expressasse livremente, sem interrompê-lo, até esgotar o assunto, para depois fazer perguntas que o levassem a completar o relato feito.

Para maior respeito às questões éticas e confiabilidade na coleta de dados, os sujeitos selecionados para a **Entrevista em Profundidade** firmaram a sua aceitação por meio de uma declaração assinada (Anexo 5). Vale ressaltar que todos os trabalhadores selecionados para participar da entrevista aceitaram o convite.

As entrevistas foram agendadas previamente e realizadas, na sua maioria, no próprio ambiente de trabalho, em um local reservado na maternidade. Algumas aconteceram no consultório particular do trabalhador ou no domicílio do sujeito. Todas as entrevistas seguiram algumas orientações básicas da pesquisa qualitativa para o entrevistador, tais como: realizá-las sem interrupções, com duração em média de uma hora e trinta minutos; realizá-las num ambiente que facilitasse a espontaneidade e a liberdade de expressão verbal e não-verbal; ouvir mais do que falar, dando tempo suficiente para o entrevistado discorrer satisfatoriamente sobre o assunto; coordenar a entrevista sem se

mostrar impertinente, mas reconduzindo sempre o entrevistado ao objetivo da entrevista. Para garantir a fidedignidade dos dados, conforme acordado com os sujeitos, as entrevistas foram gravadas em fitas cassete e transcritas integralmente. As transcrições foram, então, entregues aos sujeitos para fazerem uma leitura e alterações se assim o desejassem, antes de eu começar a analisar os dados.

B) Explicitando as estratégias de registros dos dados

Ainda na fase exploratória, sentindo-me familiarizada com o ambiente e os sujeitos do estudo, com segurança para registrar os eventos do cotidiano de trabalho, procurei, na medida do possível, descrever integralmente os dados.

Para Bogdan & Biklen (1995), dados são os materiais brutos recolhidos durante o momento de pesquisa, materiais estes para serem transformados mediante análise. Incluem os elementos necessários para o pesquisador pensar adequada e profundamente sobre os aspectos da vida que explorou. Esses dados do mundo empírico, depois de trabalhados, são transformados em material científico

O material coletado no campo mediante a Observação Participante e a Entrevista em Profundidade foi categorizado de maneira a preservar todos os detalhes do fenômeno observado. E para manter a qualidade do material compilado, os dados coletados foram registrados em **Diário de Campo**, conforme Patrício (1996). Essa técnica de registrar os dados compreende:

a) **Notas de Campo:** Constando os diálogos, a entrevista e as observações detalhadas do contexto – sujeitos e ambientes físico e sociocultural onde ocorreu o estudo;

b) **Notas da Pesquisadora:** Constando os sentimentos da pesquisadora vivenciados no campo e as reflexões feitas sobre o método e o processo.

Nos encontros de Observação Participante, muitas vezes, por intimidação dos sujeitos, em certas circunstâncias do momento, foi impossível anotar tudo por ocasião dos eventos. Nesses casos, procurei anotar detalhes, palavras-chave relacionadas ao tema e ao que foi observado, e, tão logo que saía do ambiente, procurava descrever tudo integralmente. Às vezes, o registro completo já era realizado no próprio ambiente, dependendo do tempo disponível e de como a equipe de trabalho estava se sentindo com a minha presença. Como ficava diariamente por um período relativamente longo no CO, os trabalhadores me incorporaram como mais uma integrante da equipe, assim como eles

fazem com certos estagiários, e acabavam esquecendo que eu estava ali na condição de pesquisadora. O que também facilitou essa interação de confiança, de liberdade e de desprendimento foi o fato de eu trabalhar na maternidade em outra unidade e conhecer, direta ou indiretamente, a maioria dos trabalhadores do CO. Eu não era vista, portanto, como alguém que vigiava ou controlava o que eles faziam e como desenvolviam as atividades. Inclusive, em alguns momentos de urgência, fiz a Observação Participante ajudando a equipe em atividades, como mostram as notas abaixo:

Tetê, faz favor! Corre rápido no teu setor e pega uma bolsa coletora, no nosso carrinho não tem (Enfermeira – Notas de Campo);

A enfermeira recebeu um telefonema solicitando que ela comparecesse na creche, conversou com os funcionários e me pediu para assumir a unidade em sua ausência, já que também sou enfermeira da maternidade e já estava há um mês no CO desenvolvendo o estudo (Notas de Campo).

C) Explicitando as estratégias de análise dos dados

A **análise dos dados** aconteceu no processo de coleta de dados, pois foi desenvolvida gradativamente a tal ponto que um dado “orientou a interpretação e compreensão de outros dados”, ou “conduziu para outros levantamentos” (Patrício, 1999, p. 73). Esse processo de análise facilitou-me a validação dos dados com os sujeitos, confirmando as minhas impressões. Auxiliou-me ainda aperfeiçoar dados não esclarecidos e perceber quando os dados já estavam saturados (Patrício, 1999). Portanto, não fui ao campo com revisão da literatura, mas apenas com conceitos que me dessem segurança para a interação inicial com os trabalhadores e o ambiente do estudo.

Polit & Hungler (1995) colocam que esse modo de fazer análise baseado nos dados empíricos é caracterizado como Teoria Fundamentada nos Dados, teoria da qual utilizei princípios na análise dos dados.

O método da Teoria Fundamentada é mais do que apenas um método para análise de dados – trata-se, na verdade, de toda uma abordagem para a condução de uma pesquisa no campo. Um dos aspectos fundamentais dessa abordagem é que a análise dos dados empíricos acontece simultaneamente à pesquisa. Esse método se preocupa, enfim, em gerar categorias mais do que testar os elementos, “constituindo-se num modelo conceitual ou teórico que busca explicitar o fenômeno estudado” (Polit & Hungler, 1995, p. 276).

As categorias geradas vão sendo aperfeiçoadas continuamente enquanto ocorre a coleta dos dados, e a investigação torna-se cada vez mais “centrada nas preocupações teóricas emergentes” até a saturação dos dados. Essa saturação “refere-se à sensação de

fechamento, vivenciada pelo pesquisador, quando a coleta de dados pára de produzir novas informações” (Polit & Hungler, 1995, p. 276).

Dessa forma, o método de análise adotado neste estudo traz a organização e análise dos dados desenvolvidos durante o próprio processo da pesquisa. Porém, houve momentos específicos de análise para cada etapa do estudo, a partir dos quais cheguei ao produto final.

Segundo Patrício (1999), a técnica de análise desse método não é linear e, se usada com criatividade, integra a leitura intuitiva reflexiva e a leitura analítica dos dados. Com base na interpretação dos significados da linguagem humana e suas expressões, o fenômeno estudado é analisado a partir do conteúdo das falas dos sujeitos do estudo.

2.2.2.3 Saindo do Campo: validando informações e firmando compromissos

O “Saindo do Campo” é entendido como o momento de despedidas; validação de algumas informações que não ficaram bem esclarecidas; validação da análise final com os sujeitos do estudo; relatório final; e devolução da pesquisa aos sujeitos e à sociedade.

Com os profissionais de saúde do CO, esse momento foi acontecendo gradativamente: à medida que ia observando e fazendo entrevistas, já ia me despedindo e validando alguns dados que não ficavam bem esclarecidos.

Essa etapa só estará definitivamente concluída com a apresentação deste estudo aos profissionais envolvidos e à Organização. Por isso, pretendo apresentar a dissertação para os trabalhadores após a defesa e, também, tenho a intenção de continuar refletindo com eles sobre os resultados da pesquisa.

3 O COTIDIANO DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO CENTRO OBSTÉTRICO

Tudo é como uma onda. Estamos no mar navegando em acontecimentos inicialmente previsíveis. Porém, também navegamos para momentos muitas vezes inesperados. Tudo é rápido e deve ser feito de forma dinâmica, firme, com decisões precisas, sem erros. Em outros momentos as coisas são mais tranquilas e temos tempo para pensar e refazer as percepções e os sentimentos. É um misto de tudo que contagia e leva todo mundo numa onda de energia positiva ou negativa.
(Pedra Preciosa)

Este capítulo traz a **descrição do cotidiano de trabalho dos profissionais do CO** e suas interações, respondendo aos objetivos específicos números um e dois deste estudo (ver Capítulo 1 - Introdução).

Para atender a esses objetivos específicos, apresento a realidade vivenciada, descrevendo como os profissionais de saúde do CO desenvolvem o seu **processo de trabalho** a partir das **interações** que se estabelecem entre eles e com o ambiente. Ambiente é aqui compreendido como trocas energéticas, afetivas, culturais, além da delimitação do espaço físico constituído por suas subdivisões, caracterizadas como **microambientes**.

Assim, a partir da minha movimentação no vaivém dos microambientes e dos processos de trabalho desenvolvidos no CO, apresento as interações que se estabeleceram quando fiquei no campo. Essas interações estão relacionadas aos próprios trabalhadores do CO e àqueles que por ali transitam – clientes e acompanhantes, estudantes de medicina e de enfermagem ou profissionais que atuam no CO quando solicitados, como é o caso de anestesiólogistas e neonatologistas.

3.1 Conhecendo o Centro Obstétrico

Didaticamente, descrevo o CO e a sua dinâmica a partir de seus **microambientes**, conforme se processa a trajetória da cliente e do acompanhante nesse ambiente. Entretanto, vale lembrar que o processo de trabalho e suas interações se estruturam de maneira interconectada e interdependente, que, segundo uma enfermeira, é como uma

Onda no mar, elas vêm e voltam: ora atendemos na frente, ora ajudamos atrás, ora estamos empenhados todos juntos atrás e na frente, ora estamos divididos pra melhor tocar o serviço; da mesma maneira ora estamos calmos, ora agitados; ora contentes; ora em conflitos (Enfermeira – Notas de Campo).

O CO funciona ininterruptamente por vinte e quatro horas, produzindo trabalho na forma de prestação de serviços a gestantes e acompanhantes e recém-nascido (RN). Para que esse funcionamento seja mantido, dispõe-se de uma **equipe de trabalho**, subdividida em seis equipes. Pelas características específicas do trabalho de enfermagem e do trabalho de medicina, os próprios trabalhadores ainda subdividem essas equipes em “**equipe de enfermagem**” e “**os obstetras**”.

Cada uma dessas equipes de plantão é composta por uma enfermeira, quatro ou cinco técnicos e auxiliares de enfermagem e dois médicos obstetras.

Os profissionais de saúde concebem o CO como uma **área restrita** pelas suas características de centro cirúrgico, o que limita a circulação de pessoas em seu ambiente, acesso liberado somente para seus próprios trabalhadores, clientes e seus acompanhantes, estagiários e, quando necessário, trabalhadores de apoio.

Em seu contexto físico, o CO tem duas áreas distintas, a saber:

- 1) **Área semi-restrita**: é a área em que as pessoas circulam com uma certa restrição para evitar contaminação; a circulação é limitada aos trabalhadores do CO, clientes e acompanhantes, estagiários e visitantes convidados. Para transitar ou permanecer nesse local, é necessário o uso de propé e de avental;
- 2) **Área restrita**: é a área considerada limpa e sem contaminação, destinada exclusivamente à realização de procedimentos obstétricos cirúrgicos. Seu uso é restrito aos trabalhadores do CO, aos estudantes que estiverem fazendo estágio no CO e aos clientes por ocasião do procedimento a ser realizado. Para transitar nesse local, é preciso o uso de roupas específicas, máscara, gorro e propé.

Essas duas áreas são caracterizadas pelos trabalhadores de saúde do CO como a “**área da frente**” (semi-restrita) e a “**área de trás**” (restrita):

Tem dois ambientes bem distintos que a gente separa conforme a escala de serviço e o rigor de cuidados pra evitar contaminação (Gramá);

Na área da frente nós temos liberdade de circular, desde que usamos a roupa apropriada, ou o avental e propé; já na área de trás é obrigado se paramentar, pois é igual ao centro cirúrgico, não pode haver contaminação para as mães e os bebezinhos que estão nascendo (Alegria).

O CO contém vários **microambientes**. Na **área da frente** temos os seguintes ambientes: a) microambiente **Sala de Lanche**, contendo um televisor, mesa com cadeiras, geladeira, bebedouro, pia e cafeteira elétrica. Nas proximidades há dois banheiros (masculino e feminino), cada um contendo dois bacias e dois chuveiros; b) microambiente **Corredor Interno**, localizado em frente à Sala de Pré-Parto, contendo balcão, computador, sofá, telefones e posto de enfermagem; c) microambiente **Sala de Pré-Parto**, contendo quatro leitos com divisória para parturientes³ e sala de observação com dois leitos para gestantes que ficam em observação ou requerem cuidados especiais, como por exemplo gestante em trabalho de parto pré-maturo ou com elevação significativa da pressão arterial (pré-eclâmpsia); d) microambiente **Sala de Recuperação**, que é uma área aberta que contém cinco leitos para a recuperação e cuidados com a puerpera⁴ e seu RN. Além desses microambientes, a área da frente possui ainda o quarto de descanso médico que fica em frente à porta principal do CO; a sala da chefia do CO; e o corredor externo, uma área livre para as clientes e seus acompanhantes circularem, que dá acesso à Sala de Pré-Parto.

Na **área de trás** existem quatro ambientes assim caracterizados: a) microambiente **Sala de Cuidados Imediatos do Recém-Nascido**; b) microambiente **Sala de Parto Vertical** (parto de cócoras); c) microambiente **Sala de Parto Horizontal**; d) microambiente **Sala de Parto Cesariana**. Além desses microambientes, existe o quarto de descanso da equipe de enfermagem, utilizado pelos trabalhadores noturnos, e uma salinha para guarda de estoques de materiais, equipamentos e medicação.

O **fluxograma do CO** funciona da seguinte maneira: a cliente gestante e seu acompanhante, encaminhados da Emergência Obstétrica, são recebidos em trabalho de parto, para realizar indução de parto, cuidados imediatos em gestantes de alto risco (com descolamento de placenta pré-matura, ruptura de membrana precoce, pré-eclâmpsia, etc.)

³ Parturiente é a designação dada à cliente que está em evolução de trabalho de parto.

⁴ Puerpera é a designação dada à cliente que pariu.

ou realização de curetagem uterina. Após receberem alta do CO, a cliente e seu RN são liberados para o Alojamento Conjunto. Se o bebê estiver com alguma intercorrência e necessite de cuidados especiais, é encaminhado para o Berçário. Nos casos de curetagem uterina, a cliente, na maioria das vezes, é encaminhada para a unidade ginecológica.

O CO atende em média 2.050 clientes por ano. Os procedimentos realizados são divididos em média de 720 partos horizontais, 440 partos verticais, 520 partos cesarianas e 357 curetagens uterinas.

Quanto à organização do trabalho, encontram-se dois processos de trabalho: o de enfermagem e o de obstetrícia.

O **processo de enfermagem**, assim como nas demais unidades do hospital, é desenvolvido por uma **equipe de enfermagem** composta por auxiliares de enfermagem (com escolaridade de primeiro grau, mais o curso específico), técnicos de enfermagem (com formação técnica de segundo grau em enfermagem) e enfermeiras (com formação superior em enfermagem). Os **técnicos e os auxiliares de enfermagem** (técnicos/auxiliares)⁵ desenvolvem as mesmas tarefas e executam as prescrições de cuidados feitas pela enfermeira e as prescrições médicas dos obstetras. Cabe à **enfermeira** a responsabilidade de coordenar a equipe de enfermagem, coordenar o trabalho assistencial no CO, executar as atividades complexas na prestação dos serviços e promover/prover o ambiente de trabalho para a assistência à cliente e ao acompanhante com segurança e qualidade. A **enfermeira-chefe** da unidade é responsável pelas ações burocrático-administrativas e pela gerência geral do CO, além de assumir a assistência na ausência da enfermeira assistencial. Tal chefia assume o cargo por cinco anos, podendo se reeleger com eleição direta pela equipe de enfermagem.

O trabalho de enfermagem é desenvolvido a partir da tarefa prescrita, da tarefa redefinida e da tarefa atualizada⁶. Para a tarefa prescrita a equipe de enfermagem dispõe de: *Manual de Normas, Rotinas e Atribuições do Pessoal de Enfermagem* (1984); *Rotinas Administrativas da Maternidade* (1997); e *Rotinas de Enfermagem do Centro Obstétrico*.

⁵ Por desenvolverem as mesmas atividades nesta Organização, os técnicos e os auxiliares de enfermagem, passarão, neste trabalho, a partir deste momento, a ser mencionados como "técnicos/auxiliares".

⁶ Santos e Fialho (1997, p. 100) trazem a concepção de tarefa prescrita como um conjunto de objetivos, procedimentos, método e meios de trabalho fixados pela organização para os trabalhadores, ou seja, o que o trabalhador deve fazer e os meios de que dispõe para executá-lo; tarefa redefinida como a representação que o trabalhador elabora da tarefa, a partir de seus conhecimentos sobre os componentes do sistema, ou seja, é aquilo que ele pensa realizar; e a tarefa atualizada é aquela em que o trabalhador modifica a tarefa redefinida de acordo com a necessidade da situação de trabalho, o que redefine a sua elaboração mental.

O “comportamento”, as “atitudes” e os relacionamentos do trabalhador e da equipe estão prescritos no *Manual de Atribuições e Avaliação de Desempenho* (1984).

As enfermeiras, sob a coordenação da chefia, ordinariamente fazem reuniões para discutir assuntos diversos da Organização, da Maternidade e do CO, além do planejamento e da avaliação da dinâmica do CO. Com os técnicos/auxiliares realizam reuniões ocasionais para planejamento de férias, mudanças nas normas e rotinas e outros assuntos.

O **processo de trabalho dos obstetras** do CO obedece às rotinas implantadas para o atendimento das clientes, rotinas essas que podem ser reprogramadas conforme necessidade em reunião periódica entre os obstetras. Tais rotinas encontram-se prescritas no *Protocolo de Atendimento de Clientes do Centro Obstétrico* (1995), e não existe norma prescrita de “comportamento”, “atitudes” e relacionamentos esperados dos obstetras.

O serviço de obstetrícia do hospital possui uma chefia, que é responsável pela gerência da Divisão do Serviço de Tocoginecologia, à qual os obstetras do CO estão vinculados. Essa chefia obstétrica assume também a função de preceptora dos estudantes de medicina da décima primeira fase que fazem estágio no CO.

A maternidade costuma promover uma reunião mensal multidisciplinar, composta por representantes de cada categoria do nível superior, com vistas à interdisciplinaridade, sob a coordenação da chefia do Serviço de Tocoginecologia. Do CO participam obstetras e a chefia de enfermagem. São objetivos dessa reunião discutir aspectos éticos dos serviços prestados, e replanejar e reavaliar a assistência com a finalidade de manter ou melhorar o atendimento personalizado e humanizado preconizado pela maternidade.

Na documentação verificada, encontrei prescritas todas as tarefas a serem seguidas, de maneira a garantir o atendimento das clientes de acordo com a filosofia, as metas e os objetivos do Hospital como um todo, da maternidade e do CO. Porém, exceto as questões de direitos instituídas legalmente, não constam questões voltadas para os relacionamentos entre os trabalhadores, conforme as falas de alguns trabalhadores:

Precisa perceber vindo aqui: em documentos não consta a preocupação com a promoção dos nossos relacionamentos; e a preocupação no CO em integrar a equipe é meio que forçada para garantir os títulos conquistados (Flor do Campo); É muita norma e rotina, avaliações, burocracias para prestar a assistência com qualidade e humanização, mas nada prescrito quanto à garantia da satisfação do servidor (Enfermeira – Notas de Campo).

3.2 Conhecendo o processo inicial de trabalho dos profissionais de saúde do Centro Obstétrico

Atrás dessa porta que nos separa do resto do hospital existe um espetáculo onde tudo acontece, tudo é permitido nas relações (Saudades).

O processo inicial de trabalho dos profissionais de saúde no CO é o momento em que tudo começa, e termina, no CO: enquanto um plantão está chegando, o outro está saindo. As **equipes de enfermagem** dos plantões diurnos iniciam as suas atividades laborativas no CO às 7 horas. Alguns trabalhadores que trabalham diariamente 6 horas começam às 13 horas, e os que trabalham à noite começam às 19 horas. Mas, para a maioria dos trabalhadores, a preocupação com as atividades laborativas começa antes mesmo de chegar ao hospital, geralmente em casa, ou a caminho do trabalho, ou até mesmo em outro emprego, pois já ficam pensando no movimento da maternidade e nas interações que irão se cristalizar por 12 horas. Rotineiramente, quando se aproxima o momento do plantão, o trabalhador começa a vivenciar o processo de trabalho em seu imaginário, programando-se mentalmente para o plantão, pensando sobre com quem vai trabalhar e como vai interagir com os colegas, conforme expressam alguns trabalhadores:

Quando chega a hora de vir, já sofro pelo caminho só em pensar em determinadas pessoas com quem vou ter que conviver por 12 horas (Enfermeira – Notas de Campo);

Toda vez que eu me preparo para o meu cotidiano de trabalho, eu me preparo com energias positivas. Eu sempre estou bem, eu vou com prazer pro trabalho, pensando em ajudar as pessoas, a aprender, ir pra um local de muita harmonia (Violeta);

Eu sou muito metódica com certas coisas, eu tenho horário para tudo. Então, eu passo o dia pensando no trabalho: ah! eu não posso chegar depois das 19 horas, quantas pacientes tem, está agitado, quem vou encontrar, como vou coordenar a equipe? (Amor-perfeito);

Em casa ou na aula começo a me sentir um pouco tenso, porque eu não sei o que vou encontrar e não sei com quem vou trabalhar. Quando eu sei com quem vou trabalhar, dependendo das pessoas eu me sinto mais aliviado. Nas 12 horas de plantão, independe das tarefas e do quanto tenho que trabalhar, mas depende com quem vou fazer (Faraó);

Eu adoro isso daqui, apesar dos problemas. Eu saio de casa e nunca penso: meu Deus, hoje eu tenho que ir lá para aquela coisa. Às vezes eu estou com o maior problema em casa, eu penso: que bom, amanhã eu vou para lá (Jasmim);

Eu chego muito cansada e às vezes estressada dos outros empregos. Pelo caminho já fico desejando um plantão calmo, coisa rara no CO, mas acho que não deixo transparecer pra equipe (Obstetra – Notas de Campo).

Para o plantão, a maioria dos trabalhadores costuma vir de outros empregos e, para chegar no horário previsto no hospital, saem 30 minutos ou uma hora mais cedo. Segundo

alguns trabalhadores, eles habitualmente chegam ao CO estressados, cansados e desejando um plantão calmo. Os que vêm de casa chegam tranquilos e sorridentes quando não estão com problemas familiares ou financeiros.

Todos os trabalhadores entram no CO pela porta principal, costumam cumprimentar as pessoas que se encontram por ali, dirigem-se ao banheiro para colocar a roupa específica para circular nesse ambiente e se aproximam do corredor interno. Aguardam a **passagem de plantão** sentados no sofá ou nos bancos, ao redor do balcão. Alguns trabalhadores técnicos/auxiliares de enfermagem que estão chegando têm o hábito de conversar com aqueles que saem, com a intenção de obter informações sobre a dinâmica do CO. Geralmente os assuntos versam sobre as situações trabalhosas vivenciadas durante todo o plantão, as inquietações da equipe e as atividades que ficaram pendentes para serem resolvidas no plantão dos que chegam. Outros técnicos/auxiliares de enfermagem preferem aguardar em silêncio o início do plantão ou limitam-se ao diálogo sobre questões pessoais.

Em todos os turnos o trabalho se inicia com a **passagem de plantão**, em torno do balcão do corredor interno, na presença de obstetras e de estudantes que estiverem nas imediações. A passagem de plantão, com a finalidade de assegurar a continuidade do atendimento, tem duração, em média, de 20 minutos. É realizada pela enfermeira, mas, às vezes, o técnico/auxiliar intervém com informações complementares. Versa sobre cada cliente internada: diagnóstico, evolução, cuidados prestados, pendências e encaminhamentos. É um momento usado também para trocar informações gerais e transmitir recados administrativos.

Acompanhando algumas passagens de plantão, pude observar as interações entre os turnos, assim como foram expressas por alguns trabalhadores na Observação Participante e nas Entrevistas. Na maioria das passagens de plantão, os trabalhadores que saem do trabalho verbalizaram ou demonstraram, com gestos e olhares, cansaço, muito trabalho e um ambiente “tumultuado”, “carregado”, com “energias negativas”. Em alguns plantões, dependendo da enfermeira que está saindo ou da enfermeira que está entrando no plantão, observam-se expressões não-verbais de “desprezo” e “distanciamento” entre elas ou entre a enfermeira e os técnicos/auxiliares presentes na passagem de plantão. Porém, em algumas passagens de plantão, os trabalhadores que saem demonstraram satisfação e prazer pelo que produziram durante o plantão:

Eu me esforço, mas muitas vezes não dá pra interagir legal. Em três empregos o cansaço e o estresse é muito grande, eu quero mais é ficar na minha (Flor do Campo);
Eu noto uma certa desconsideração quando é a [Fulana] que pega o plantão (Melodia);

O trabalho inicia assim, com aquelas caras desanimadas passando coisas ruins, cada um na sua. Eu até chego bem humorada, mas confesso que baixa a minha estima (Faraó);

A gente percebe na cara quando as enfermeiras não se dão; elas não escondem isso nas expressões quando passam plantão. Já os técnicos/auxiliares, cada um fica na sua (Alegria); Na maioria das vezes a gente pega só carga pesada na passagem de plantão. Os colegas não precisam falar nada porque a gente já sente pelos olhares e, na realidade, não é bem assim que está o trabalho (Arruda);

Eu adoro pegar plantão quando é a [Pedra Preciosa];

Apesar de ter enfrentado a noite, ela nos recepciona sorrindo e olha pra todos quando passa o plantão, começo o dia bem (Auxiliar de enfermagem – Notas de Campo);

As interações com as enfermeiras são péssimas, no sentido de, se não existisse tudo bem, mas, além de não interagirem como profissional e como pessoa, tentam se agredir, se prejudicar, não têm ética a ponto de passar o plantão olhando para a parede como se não tivesse enfermeira ali, até mesmo com os funcionários, só para não ter que encarar (Liberdade).

Tão logo acontece o recebimento do plantão, quando a equipe de enfermagem tem afinidades, ocorre uma interação profissional afetuosa, harmoniosa, de confiança, com idéias convergentes. Se não houver urgências de atendimento, mesmo nos dias com sobrecarga de trabalho, primeiramente, a enfermeira ou um técnico/auxiliar promove por alguns minutos uma troca de idéias sobre o trabalho e diálogos espontâneos dos mais diversos sobre problemas pessoais, outros vínculos empregatícios, noticiários ou mesmo sobre a própria organização ou a maternidade. Enquanto isso, alguém da equipe providencia um cafezinho.

Quando os membros da equipe têm propósitos individuais ou idéias, atitudes e posturas divergentes, mas se respeitam, a equipe de enfermagem mantém uma ética profissional. Nesse caso, dentro das possibilidades de trabalho, a enfermeira costuma iniciar o plantão conversando com os técnicos/auxiliares sobre o próprio trabalho, a escala de serviço e as providências a serem tomadas.

E, por último, quando na equipe há conflito, intolerância, propósitos individuais, idéias, posturas e atitudes diferentes, sem afetividade e ética profissional, cada trabalhador, individualmente, costuma desenvolver as atividades para as quais está escalado, mas não se prontifica a colaborar com o colega que está sobrecarregado, mesmo que a enfermeira exija, na condição de coordenadora da equipe. Assim os trabalhadores se expressam:

A gente se realiza iniciando o plantão desabafando um pouco, rindo, colocando as nossas fofocas em dia, mas isso depende com qual enfermeira estamos de plantão. É delicioso começar o trabalho assim, se entendendo e conversando sobre as coisas (Rosa Vermelha);

É difícil trabalhar com aquelas equipes em que cada funcionário pega o plantão e sai pro seu mundinho, só ajudando quando o setor ou um colega precisa muito (Sempre-Viva);

Eu não consigo acreditar nas mesmas coisas que a maioria da equipe. Pensamos diferente um do outro, mas a gente tá tentando se entender, pelo menos nos respeitamos. Muita coisa não concordamos, mas nós costumamos começar o dia conversando um pouco, eu tento (Enfermeira – Notas de Campo);

É difícil trabalhar com essa enfermeira, quase sempre pega o plantão de cara amarrada e sai fazendo as coisas, mandando, não sabe conversar com a gente, com os médicos e nem com os pacientes, vem pra cumprir horário (Técnicos/auxiliares de enfermagem – Notas de Campo).

Quanto aos **profissionais médicos – os obstetras** –, o plantão começa às 8 horas ou às 20 horas. Os obstetras que assumem o plantão diurno costumam vir de casa e saem entre 30 minutos a uma hora antes, e os obstetras do plantão noturno geralmente vêm de outros empregos: clínica, consultório ou outra maternidade. Para a maioria o plantão se inicia mesmo ao chegar no CO, quando começam efetivamente a trabalhar. Poucos expressaram estar pensando ou se preparando para o trabalho no CO antes do plantão:

Não tenho o hábito de ficar pensando nisso antes, só quando acontece algo grave no plantão anterior, pois trabalhando em tantos lugares diferentes não dá tempo pra pensar (Obstetra – Notas de Campo);

Quando eu estou saindo de casa eu já sei que tá movimentado porque eu sou assim, eu quero resolver tudo, eu puxo, né? (Obstetra – Notas de Campo);

Só quando eu estou muito cansada. Pelo trajeto até o CO, fico imaginando o CO aliviado pra eu poder descansar um pouco (Sentinela);

Eu não penso antes, porque eu gosto de trabalhar aqui, acho até bom trabalhar, pelo menos quando eu chego me relaxo, sei que tenho que trabalhar mesmo (Asdrúbal);

Antes de sair eu já fico pensando em algumas situações de relacionamentos dos obstetras de forma geral, e isso me causa descontentamento. Já gostei bem mais (Girassol).

Assim como a equipe de enfermagem, os obstetras chegam ao CO pela porta principal, dirigem-se ao banheiro para colocar a roupa específica do CO, cumprimentam os trabalhadores e estudantes e vão para o descanso médico ou para o corredor interno, dependendo de onde está o obstetra até então de plantão. O processo de trabalho dos obstetras começa com a passagem de plantão num desses locais. Quando a passagem de plantão é realizada no corredor interno, os estudantes de medicina participam; do contrário, os obstetras passam plantão apenas entre si. A passagem de plantão dura em média dez minutos, tempo no qual, olhando nos olhos do colega, os médicos, em tom baixo e pausadamente, conversam sobre cada cliente: diagnóstico, procedimento adotado e evolução. Além de passar o plantão do CO, também passam o plantão dos atendimentos na Emergência Obstétrica.

Entre os obstetras existem diferenças pessoais e profissionais, mas também referenciais e posturas semelhantes na maneira de conduzir o processo de trabalho no CO. Segundo a maioria desses trabalhadores, há respeito pelo colega, e as diferenças não chegam a interferir no desenvolvimento do processo de trabalho:

Eu tenho que respeitar o colega, mesmo estando chateado com certas posturas e falta de compromisso. Apesar das diferenças na abordagem com a cliente/família, a ética profissional é importante (Cravo);

Eu não concordo com certas atitudes tomadas com as pacientes porque acho direcionadas, mas me relaciono bem com os colegas, é questão de respeito (Gaivota); Também temos nossas intrigas e diferenças. Com alguns colegas não compartilhamos da mesma filosofia ou posturas profissionais. Entretanto, há tolerância e ética (P).

Após a **passagem de plantão**, a conduta a ser tomada depende muito de cada obstetra: ficam no quarto de descanso médico, no corredor interno conversando com os demais trabalhadores ou fazem visita às clientes com os estudantes de medicina, apresentando-se, examinando a cliente e lendo o seu prontuário.

Quando comecei a observar o cotidiano de trabalho no CO, percebi que, na maioria dos plantões, o processo de trabalho dos obstetras ocorre paralelamente ao processo de trabalho da equipe de enfermagem. Em alguns plantões os processos de trabalhos se fundem num único processo, e o que diferencia os trabalhadores são as funções profissionais que cada um exerce.

Conhecer os **processos de trabalho da enfermagem e dos obstetras** no CO e, principalmente, captar os momentos em que ambos os processos se fundiam, tornando-se um único processo de trabalho, foi conhecer os movimentos e interações expressos na arte, nos conhecimentos e nas linhas de trabalho da equipe em função da cliente e do acompanhante e em função da qualidade de vida dos próprios trabalhadores.

Durante a **Observação Participante**, ficou claro que o desenvolvimento do processo de trabalho dos profissionais de saúde começa logo após a passagem de plantão, com uma preocupação generalizada sobre o que encontrarão durante as 12 horas de trabalho. A enfermeira procura investigar as vagas disponíveis no Alojamento Conjunto para definir a capacidade do CO em termos de internação e repassa as informações aos demais profissionais de enfermagem, obstetras e estudantes de medicina.

A porta do CO é mantida fechada, e os trabalhadores ficam imaginando, sentindo antecipadamente, o som da campainha tocar quando chega mais uma cliente com o seu acompanhante. Ficam se preparando psicologicamente, para a qualquer momento, receber o plantão da Emergência Obstétrica sobre a cliente, perguntando-se se será trabalho de parto inicial com evolução dentro da normalidade ou urgência. De forma inconsciente, os trabalhadores constantemente liberam adrenalina. Nos dias em que não há vagas para novas gestantes, para a maioria dos trabalhadores a tensão aumenta porque, nesse caso, as internações acontecerão por situações de urgência como pré-eclâmpsia grave ou eclâmpsia, trabalho de parto pré-maturo, trabalho de parto em período expulsivo, descolamento de placenta, sangramento, etc. Quando não há vagas em outras maternidades para clientes

que necessitam se internar dentro dos parâmetros normais de um trabalho de parto, mesmo sem vaga no hospital a internação se efetua, e a tensão gerada é, então, pela superlotação e sobrecarga de trabalho no CO. Assim, segundo a maioria dos trabalhadores, o processo de trabalho já começa tenso, pela própria característica do ambiente de trabalho e do próprio tipo de prestação de serviço que o CO oferece:

Por mais que a gente diga que está tranquilo não é verdadeiro, porque o sentido está sempre direcionado àquela porta. O que virá para nós depende da maneira como a campanha é acionada pelos funcionários da Triagem (Alegria);

Essa campanha que não pára de tocar nos nossos ouvidos é estressante, pois é mais uma mulher que está chegando. Em que condições elas chegam, só sabemos quando vamos recebê-las. Isso provoca tensão na gente (Rosa Vermelha);

Quando não tem vagas é que o bicho pega, chega só pepino, a adrenalina fica a mil e o sufoco e sobrecarga agita todo mundo, ninguém mais se entende direito (Melodia).

O **processo de trabalho da enfermagem** é organizado a partir de uma escala de serviço elaborada mensalmente pela enfermeira assistencial. A cada plantão é feito rodízio dos profissionais **técnicos/auxiliares** em relação às tarefas ou atividades de cada microambiente do CO, ficando assim distribuídos: na “parte da frente”, um trabalhador técnico/auxiliar no microambiente Sala de Recuperação e um no Pré-Parto e Quarto de Observação, este último responsável também por atender a campanha da porta principal e os telefones; na “área de trás”, um trabalhador que assume a Sala de Cuidados Imediatos do RN, e outros dois (ou três quando há disponibilidade) assumem as Salas de Parto (vertical, horizontal e cesariana) – enquanto um instrumenta, o outro auxilia. Cada trabalhador é responsável pela supervisão, reposição e controle dos materiais e equipamentos do local (microambiente) onde está escalado, além de, quando necessário, comunicar a enfermeira sobre a provisão de estoque.

A **enfermeira assistencial** é responsável pela coordenação da dinâmica do CO em sua totalidade e pela supervisão, avaliação e orientação dos técnicos/auxiliares de enfermagem que trabalham em seu turno. As tarefas/atividades da equipe de enfermagem encontram-se escritas no *Manual de atribuições do pessoal de enfermagem* e no *Manual de rotinas de enfermagem do Centro Obstétrico* (s/d).

Aos **obstetras**, em número de dois, cabe a decisão pela internação da cliente e pela conduta a ser tomada com a cliente a partir do acompanhamento e evolução diagnóstica. Os procedimentos obstétricos realizados seguem um protocolo de rotinas escrito, estabelecido em reunião periódica dos obstetras, em conformidade com a filosofia e os objetivos da maternidade. Entretanto, a maneira como é conduzido o procedimento obstétrico depende muito dos obstetras que estão de plantão, de sua formação profissional

e de como percebe a obstetrícia e o processo de trabalho do CO dessa maternidade. Como os obstetras também são responsáveis pelos atendimentos na Emergência Obstétrica, geralmente costumam dividir as atividades, ou seja, enquanto um obstetra atende mais a Emergência Obstétrica, o outro atende o CO, sempre acompanhados de estudantes de medicina. Também atendem o Alojamento Conjunto, quando solicitados pela enfermeira para avaliação de clientes. Assim relatam dois trabalhadores obstetras:

Além do CO somos responsáveis pela Emergência. Definimos quem vai internar, quem apenas recebe orientação e vai para casa porque não chegou o seu momento do parto ou quem é transferida para outra maternidade por falta de vaga no CO. Essa última conduta é muito desagradável para nós (Cravo);

Eu e o [Fulano] costumamos dividir. Eu gosto mais de acompanhar as pacientes aqui no CO, de ficar com elas, e ele gosta de atender lá fora, sabe fazer ultra-sonografia. Então ele assume mais a Triagem e eu aqui, mas na hora de decidir alguma coisa ou ir para uma cesariana fazemos juntos (Girassol).

3.3 Conhecendo as interações dos profissionais de saúde nos microambientes do Centro Obstétrico

O processo de trabalho dos profissionais de saúde do CO é realizado de acordo com a trajetória percorrida pelas clientes no CO. Normalmente, começa com a internação da cliente e do seu acompanhante na Sala de Pré-Parto, seguindo para a Sala de Parto e posteriormente Sala de Recuperação, com exceção dos atendimentos de urgência em que a cliente segue direto para a Sala de Parto normal ou cesariana.

Para melhor compreensão do **cotidiano de trabalho**, à medida que vou descrevendo os **microambientes**, trago **cenários ou situações presenciadas** durante a Observação Participante. As cenas mostram como os trabalhadores se organizam para desenvolver o seu processo de trabalho e explicitam as diferenças de posturas e abordagens de atendimentos e a diversidade e complexidade de interações que vão se estruturando de

acordo com o modo de os trabalhadores enfermeiras e obstetras conduzirem a dinâmica do CO.⁷

3.3.1 Descrevendo o processo de trabalho no microambiente Corredor Interno

O **Corredor Interno** do CO é considerado o lugar de encontro dos próprios trabalhadores do CO e dos estudantes que por ali transitam. É o espaço considerado o ponto inicial para o desenvolvimento do processo de trabalho em cada plantão. É desse microambiente, que as pessoas partem para os outros microambientes e o contrário também é verdadeiro.

Para a maioria dos profissionais de saúde do CO, o Corredor Interno tanto é utilizado como um local para definir as atividades da equipe de trabalho, tomar decisões oportunas sobre o trabalho, ordenar, cobrar, refletir, trocar idéias e conhecimentos, perceber e sentir o clima do CO, como também é utilizado como um receptor e disseminador de informações pessoais. Essas informações veiculadas no Corredor Interno se referem à vida privada e profissional dos trabalhadores do CO, a seus outros vínculos empregatícios, à situação da maternidade e do hospital de forma geral e a questões mais diversas sobre a sociedade (política, educação, saúde, violência, noticiários em geral).

É também o espaço de encontros dos estudantes, principalmente dos estagiários de medicina da ginecologia e obstetria, assim como serve para a permanência dos estagiários de medicina da décima primeira fase que estão de plantão no CO e na Emergência Obstétrica.

Segundo expressões dos trabalhadores, esse ambiente é ambivalente e contraditório, pois conjuga a harmonia e o conflito, a alegria e a revolta/descontentamento, o desabafo e o silêncio. É nesse espaço que os trabalhadores sentem e percebem as energias do ambiente e como estão se processando as interações entre eles próprios, os estudantes e as clientes e acompanhantes. É onde os atritos, as diferenças de opiniões, atitudes e comportamentos são manifestados, mesmo com origem em outros microambientes. É também onde muitos trabalhadores procuram resolver os seus problemas particulares e os atritos, diferenças,

⁷ Os nomes dos atores das cenas foram omitidos por questões éticas e substituídos pelo nome da categoria profissional que exercem no CO.

conflitos gerados no trabalho, bem como buscam compartilhar os momentos de prazer e satisfações também presentes no trabalho com os colegas com quem possuem afinidade.

Essas **interações** são observadas nas expressões não-verbais (olhares, gestos, toques) e nas expressões verbais, incluindo o tom de voz. Algumas falas de trabalhadores explicitam melhor as situações vivenciadas nesse ambiente:

Nesse corredor dá de tudo: sorrisos, revoltas, desabafos, agressões, fofocas, mas também muitas alegrias, encontros e abraços (Flor do Campo);

O Corredor Interno é local de encontro para trocar alegria, prazer e satisfação pelo resultado conquistado no trabalho coletivo (Fadinha Azul);

As informações, decisões, discussões passam por esse corredor (Pedra Preciosa);

Aqui no corredor a gente tem que tomar cuidado porque as coisas tomam dimensões da vida particular e profissional que foge ao nosso controle depois (Sentinela);

Aqui a gente brinca, ri, se diverte, se encontra, troca figurinhas e se alivia (Alegria);

Eu não gosto de ficar nesse local porque tudo acontece aqui, na frente das pacientes do pré-parto que estão ali sofrendo com o trabalho de parto e acham que a gente não está fazendo nada. De fato, com todo o movimento que ela percebe ali, dá impressão que o problema dela é insignificante (Faraó);

É muito tititi de funcionários e estudantes; é divertimento e relaxamento ao mesmo tempo em que é tensão, agressão e mágoas (Melodia).

Quando a campainha da porta do CO toca, todos se entreolham: “Quem vai atender? O que será? Uma internação habitual, um atendimento urgente ou apenas uma informação aos familiares?” Se for uma internação habitual, normalmente a enfermeira se dirige até a porta, recepciona a cliente e o acompanhante e recebe o plantão pela enfermeira da Emergência Obstétrica. Após a passagem do plantão, normalmente a enfermeira do CO se apresenta e conduz a cliente e o acompanhante à Sala de Pré-Parto.

3.3.2 Descrevendo o processo de trabalho no microambiente Sala de Pré-Parto

A enfermeira mostra o ambiente e orienta sobre as normas e rotinas do CO. Se a unidade está calma e no momento a enfermeira estiver desocupada, ela, conforme as condições físicas e psicológicas da cliente, costuma mostrar as salas de parto, dialogando sobre as vantagens de cada tipo de parto, para, em seguida, perguntar sobre qual **tipo de parto** normal a cliente vai optar – de cócoras (vertical) ou horizontal. Quando a enfermeira está ocupada, normalmente o técnico/auxiliar responsável pelo microambiente Sala de Pré-Parto passa essas informações. E dependendo do plantão, qualquer trabalhador que estiver disponível, espontaneamente, desenvolve essa atividade. A cliente é encaminhada então para o quarto, e a **enfermeira** se dirige ao balcão com o prontuário, fazendo os seus devidos registros.

Se a paciente chega com necessidade de urgência de atendimento obstétrico, principalmente nas ocasiões em que a gestante é internada em período expulsivo (dilatação total) ou com sofrimento fetal grave, descolamento pré-maturo de placenta, placenta prévia grave, trabalho de parto prematuro para inibição, etc., o obstetra que a atendeu na Emergência Obstétrica vem rapidamente ao CO e comunica a enfermeira e demais trabalhadores de enfermagem sobre o caso, preparando-se para atendê-la imediatamente quando a cliente chegar ao CO.

O **técnico/auxiliar** de enfermagem escalado para o pré-parto e quarto de observação executa as tarefas prescritas pelos obstetras e pela enfermeira, além das tarefas verbalmente ordenadas ou solicitadas, quais sejam: verificar os sinais vitais da cliente de hora em hora; auxiliar o estudante de medicina ou o obstetra na avaliação da cliente; instalar fluidoterapia e manter o seu controle; encaminhar a cliente para o banho quando isso é solicitado pelo obstetra ou pela enfermeira; caminhar com a cliente no corredor externo; dar apoio psicológico à cliente e ao acompanhante; fazer os registros no prontuário; preparar a cliente e encaminhá-la para a área de trás, quando o obstetra ordena ou solicita; atender telefone e campainha; fazer controle de materiais e equipamentos; passar as intercorrências observadas para a enfermeira.

De acordo com a **equipe de plantão**, se a **enfermeira** estiver ocupada, o técnico/auxiliar passa as intercorrências diretamente para o obstetra. Se a situação estiver calma na área da frente e houver sobrecarga de trabalho na área de trás, o técnico/auxiliar da Sala de Pré-Parto assume temporariamente a Sala de Recuperação para que o colega responsável por esse microambiente ajude na área de atrás. Do contrário, costuma ficar sentado no sofá do Corredor Interno ou na Sala de Lanche.

Os **obstetras** atendem no pré-parto supervisionando os exames físicos realizados pelos estudantes de medicina ou realizando eles mesmos, de hora em hora, esses exames, tais como BCF, dinâmica uterina e toque. Acompanham também evolução do parto, diretamente ou a partir das informações fornecidas pelos estudantes de medicina; prescrevem ou alteram medicamentos, dieta e procedimentos na prescrição médica do prontuário da cliente, de acordo com a evolução desta; comunicam à enfermeira as condutas a serem alteradas e as decisões tomadas; determinam o momento de a cliente ser encaminhada para a área de trás e o tipo de procedimento. Se for parto normal, seguindo as normas de humanização do parto e as normas da maternidade segura, a cliente é quem

escolhe o tipo de parto que deseja realizar (vertical ou horizontal). Em alguns casos o obstetra determina o tipo de parto.

A **enfermeira assistencial** circula na área da frente e na área de trás. No pré-parto cuida da gestante e do acompanhante esclarecendo dúvidas, orientando sobre os procedimentos, acompanhando a evolução do trabalho de parto, avaliando a dinâmica uterina e dilatação do colo uterino se for enfermeira obstétrica; providencia refeição para a gestante, atende telefone, repassando informações diversas sobre o CO; informa os familiares ao telefone ou na porta de entrada sobre a situação da gestante; é solicitada freqüentemente pelos trabalhadores técnicos para esclarecimentos de dúvidas ou para passar intercorrências verificadas; é chamada para os procedimentos cirúrgicos; providencia anesthesiologista e neonatologista para atendimento no CO; preenche formulários de clientes/RN; acompanha os partos; avalia com o neonatologista o RN. Volta para a área da frente: acompanha a evolução dos cuidados imediatos do puerpério na Sala de Recuperação; passa plantão ao telefone de clientes em alta do CO ao Alojamento Conjunto ou à Unidade Ginecológica; atende solicitações dos trabalhadores técnicos, orientando, supervisionando, esclarecendo dúvidas; providencia material; administra atividades pendentes; apresenta o CO aos visitantes; orienta estudantes de várias disciplinas sobre a dinâmica do CO e os supervisiona; reflete com o obstetra sobre a situação das clientes e as condutas a serem tomadas; é solicitada freqüentemente por toda a equipe, clientes e acompanhantes, familiares e estudantes.

Algumas enfermeiras e/ou obstetras marcam presença mais direta no pré-parto, refletindo com a cliente e o acompanhante sobre seus desejos, expectativas, sentimentos, crenças e práticas, além de acompanhar a evolução do parto, examinando a cliente e decidindo junto co, elas e o acompanhante os procedimentos a serem realizados. Nos momentos de desespero e gritos de certas clientes, ficam dialogando com ela e orientando o acompanhante para fazer massagem nela e acompanhá-la em caminhadas no corredor externo do CO. Algumas enfermeiras orientam ou fazem manobras que auxiliam no processo de evolução do parto, aliviando, assim, a tensão e a dor provocada pela contração.

O **obstetra** determina o momento de a cliente ser encaminhada para a área de trás. Contudo, se a enfermeira for especialista em obstetrícia e tiver acompanhado diretamente a evolução do trabalho de parto, ela comunica o obstetra o momento em que a cliente já está em condições de ser encaminhada para a Sala de Parto. Nesse caso, na maioria dos

plantões, se for do desejo da cliente e do acompanhante que a enfermeira realize o parto, tal desejo é respeitado.

As **cenas 1 e 2** ilustram eventos que aconteceram no desenvolvimento do **processo de trabalho**. Tais cenas descritas abaixo se iniciam no microambiente **Corredor Interno** e terminam na **Sala de Pré-Parto**.

Cena 1:

O microambiente Sala de Pré-Parto está com os seus quatro leitos ocupados. Duas clientes com expressões de desespero e de angústia gritam muito, choram e chamam pelos trabalhadores. Técnicos/auxiliares, um obstetra e dois estudantes de medicina estão no corredor interno conversando e rindo.

Acompanhante (dirigindo-se ao corredor interno, em tom de desespero): Por favor, você tem que fazer alguma coisa pra minha mulher, está com muita dor, não agüenta mais.

Alguns trabalhadores se entreolham e param de rir.

Obstetra (sentado no sofá do corredor, olhando para o acompanhante, sorrindo): *É assim mesmo, pai, até que ela está bem, está evoluindo rápido, logo passa.*

Técnico de enfermagem: Essa área é de circulação dos funcionários, vocês não podem vir pra cá. Ajuda ela, pede pra parar de gritar porque não resolve, ela só se estressa e não vai ter força na hora de ganhar.

Acompanhante abaixa a cabeça e volta para o quarto. A parturiente começa a gritar mais alto.

A campainha toca. Os trabalhadores se entreolham e falam: *Quem vai atender?*

Técnico: *Eu não tô escalado aqui na frente.* Continuam conversando.

A campainha toca novamente.

A enfermeira chega da área de trás, em tom agressivo: Dá pra alguém ir lá atender a porta, já não chegam esses gritos e essa falassada de vocês?

Técnicos olham para ela. Silêncio. Um dos técnicos vai até a porta.

Abre a porta do CO, olha para a enfermeira da Emergência Obstétrica e para a cliente e acompanhante, com expressão de reprovação: *Vocês não sabem que o CO tá lotado? Vou chamar a enfermeira pra pegar o plantão.*

Enfermeira do CO se aproxima, apóia as mãos na cintura, e diz com expressão séria: Quem tá mandando internar? Aqui tá superlotado, vocês não sabem que não tem vaga? Já avisaram os guardas lá fora, ligaram pra colocar a placa que não tem vagas na admissão?

Enfermeira da Emergência Obstétrica, em tom calmo, contra-argumenta que a internação é necessária e não depende dela.

Cliente e acompanhante começam a olhar para a enfermeira com expressão de tensão.

Obstetra, que veio da Emergência Obstétrica, se aproxima (em tom calmo, olhando para a cliente e o acompanhante): *Não se preocupem que a gente dá um jeito.* Depois, olha para a enfermeira do CO: *Você não percebe que a internação é decidida por mim? A enfermeira da Emergência Obstétrica está cumprindo o papel dela, e você tá criando uma situação constrangedora pra todos nós sem motivo. Te acalma porque o plantão apenas está começando.* Apóia a mão no ombro da cliente, olha para o acompanhante: *Venham comigo que eu mesmo mostro onde vocês vão ficar, podem ficar tranquilos.*

Enfermeira do CO sai para o corredor interno. Fala com a técnica responsável pelo pré-parto: *Assume ela aí.*

Técnica: Mas não tem vaga.

Enfermeira: Coloca no quarto de observação até uma paciente ganhar e vagar o leito.

Técnica, com expressão séria, coloca a cliente e acompanhante no quarto: *Depois a enfermeira mostra o CO pra vocês, agora não dá porque tem muito serviço.* Retira-se.

No corredor interno ainda se ouvem as parturientes gemendo e gritando, as pessoas aumentando o tom da voz.

Técnica, retorna, olha para o obstetra: Assim não dá, né, doutor? Do jeito que isso aqui tá tumultuado, agitado e lotado mas você continua internando, não é urgência, é?

Obstetra, olhando para a técnica e a enfermeira, sorrindo: Eu não tô brincando, tô? Enquanto vocês estão aí perdendo tempo e se irritando à toa, poderiam atender melhor essas mulheres. Procurem investigar o motivo da internação antes de criar esse clima desagradável pra todos. Olhou para mim, que estava sentada no sofá folheando uma revista: *É difícil trabalhar com certas enfermeiras que já chegam rancorosas disseminando isso para a sua equipe. Hoje confesso que está trabalhoso pra todos nós, mas dá pra trabalhar com prazer se a equipe se permitisse. Quando eu estou de plantão com a Liberdade ou a Violeta, as clientes não são recepcionadas dessa maneira. Sou difícil de perder a calma, mas te confesso que cansa, viu?*

Cena 2:

Alguns trabalhadores estão na Sala de Lanche, conversando, rindo e tomando café; outros, no Corredor Interno, lendo e conversando assuntos de casa; uma técnica está atendendo ao pré-parto, conversando e massageando as parturientes que estão gemendo. A campainha toca.

Técnica que está no lanche (em tom alto): *Pode deixar, Orquídea, que eu atendo a porta, a [Fulana]* (referindo-se à técnica responsável pelo pré-parto) *está ocupada.* Retorna sorrindo, e se dirige à enfermeira: *Já que estás desocupada queres ir até lá? É internação.*

Enfermeira dirige-se à porta sorrindo, cumprimenta a funcionária da Emergência Obstétrica e a cliente e o acompanhante, espera que se passe o plantão sobre a cliente, e depois pergunta: *[Fulana], o pessoal da Emergência Obstétrica já sabe que o CO está lotado?* Em seguida se apresenta à cliente e ao acompanhante e os convida para entrar, dizendo: *No momento não temos um leito próprio pra você, vamos improvisar, mas assim que uma mãezinha ganhar você terá melhor conforto.* Pergunta por que escolheram essa maternidade, se já conheciam o CO, as salas de parto, os tipos de parto e se dirige com eles pelas dependências do ambiente mostrando e explicando a sua dinâmica. Após esse “passeio” pelo CO, coloca a cliente num leito da Sala de Recuperação Pós-Parto, e a incentiva juntamente com o acompanhante a caminharem no corredor externo, deixando-os bem à vontade para chamar quando desejassem.

Técnica aproxima-se sorrindo, se apresentando e falando dos procedimentos de enfermagem que vai fazendo, sempre explicando o porquê (verificação de pressão arterial e instalação de fluidoterapia em bomba de infusão). Fala para chamar quando precisarem e se retira para atender os outros leitos do pré-parto e do quarto de observação.

Enquanto enfermeira e técnica atendiam tal cliente e acompanhante, uma outra técnica escalada na área de trás montou o prontuário da cliente e procedeu aos devidos registros. Quando a enfermeira volta, a agradece pela iniciativa.

Segundo as percepções e sentimentos dos trabalhadores, é na Sala de Pré-Parto que se encontram com maior intensidade trabalhadores se queixando do ambiente, da sobrecarga de trabalho, dos relacionamentos estabelecidos e da competência profissional.

Esse microambiente é percebido pela maioria dos trabalhadores como “carregado”, “estressante” e “desenergizado”. Eles costumam relacionar tais percepções com o comportamento de algumas clientes (parturientes) que se manifestam durante o período em que ficam ali em trabalho de parto. O maior tempo de permanência das clientes no CO acontece no pré-parto, pois é o período em que se espera a evolução do parto, e tal evolução varia muito de cliente para cliente.

Enquanto uma cliente permanece, por exemplo, trinta minutos, outra poderá levar até um dia ou mais. Se for o caso de indução de parto, até três dias. E nesse tempo as clientes apresentam diversas manifestações de ansiedade, frustrações, medos, inseguranças, dores e tantas outras queixas que são “lançadas” no ambiente, comumente extravasando tudo isso mediante gritos e gemidos. Mesmo presenciando no cotidiano esse comportamento e essas atitudes das clientes no pré-parto, a maioria dos trabalhadores não dispõe de suporte psicológico para conviver com essa situação. Eles costumam fazer as suas tarefas prescritas, mas se afastam logo da cliente, refugiando-se no Corredor Interno ou na Sala de Lanche, o que é confirmado nas seguintes expressões:

Sinto uma sensação de impotência. Tanto desespero, descontrole emocional, desconforto físico provocado pela dor e pelo medo do parto e eu não posso tirar isso. Por mais apoio que eu dê, não resolve muito. E a gente na metade do plantão em diante já está sem energia; a gente não agüenta e tem que sair pro cafezinho ou pro corredor (Bem-Me-Quer); Geralmente eu tolero bem esses gritos, inclusive acompanho, conversando, dando apoio emocional e ajudando com exercícios. Na maioria das vezes consigo com sucesso reverter a crise de desespero e a paciente tende a se equilibrar, mas, quando não dá, até eu me sinto incomodada, impotente, e o meu humor altera. É muito difícil essa situação para a paciente e para todos nós (Enfermeira – Notas de Campo);

Eu detesto quando estou escalada no pré-parto por causa do desespero da paciente. Algumas pacientes ficam muito tempo ali sofrendo, e eu não consigo ficar perto, lembro do meu parto. Faço o meu serviço e fujo pro corredor ou pra sala de lanche (Saudade);

As enfermeiras exigem certos cuidados que não temos condições de fazer, como é o caso de prestar apoio emocional. Não me sinto preparado psicologicamente pra isso, não fui treinado (Auxiliar de enfermagem – Notas de Campo).

É comum ver **trabalhadores de enfermagem** expressando o descontentamento por estar escalado no pré-parto. Primeiro, pelo clima ambiental de sofrimento das clientes; segundo, pela sobrecarga de trabalho. Na maioria das equipes não existe uma colaboração dos colegas, mesmo quando percebem a situação de estresse e de cansaço que o técnico está sentindo, além de este técnico, às vezes, não concordar com a conduta dos obstetras no atendimento das clientes:

O cuidado no pré-parto é chato, cansativo e desgastante. É assim: o funcionário vai lá, realiza só a técnica, não quer envolvimento. Mas o CO significa envolvimento com a mulher, com a família. É uma coisa que despende energia, tempo, e a gente sabe que nem todos os dias a gente tem a mesma energia, por isso é um atendimento mecânico. O maior problema é a questão da divisão didática de trabalho, pois o funcionário que está escalado passa 12 horas ali e ele se estressa muito, se esgota e os outros também vêem assim e não vão lá auxiliá-lo. Então, ele fica ali sozinho num ambiente de sufoco, e depois ele não participa do momento mais divino dessa mulher que ele cuidou, que é o parto (Violeta);

Eu fico agoniada no pré-parto quando a gente, pela experiência prática, percebe que o parto não vai evoluir para normal. A gente fala, a enfermeira fala, mas não adianta porque o conhecimento é só dos obstetras. Daí vão deixando, o parto não evolui, vão esperando até que temos que sair correndo para cesariana antes que a paciente tenha complicações graves. Eu fico muito nervosa, as pessoas passam a não se entender mais. O plantão é agitado por esses estresses que poderiam ter sido evitados mais cedo (Arruda).

Ao contrário da maioria, alguns trabalhadores verbalizaram que gostam de assumir o pré-parto pelo envolvimento que estabelecem com a cliente e o acompanhante, mas esse gostar depende muito de quem com eles está trabalhando:

Eu prefiro mesmo é o pré-parto, ficar lá conversando e orientando a mãezinha e o acompanhante, mas depende da equipe, principalmente quando é o plantão do Asdrúbal. Ele não muda de humor, está sempre sorrindo, brincando, abraçando os funcionários. O CO pode estar agitado, mas com ele o pré-parto caminha legal, sem estresse. Ele pode estar dormindo, quando a gente chama o humor dele não muda, ele continua assim brincalhão, é a única pessoa aqui que eu sinto começar e terminar um plantão bem humorado. A nossa enfermeira também é tranqüila, está sempre ajudando aqui, toda a equipe ajuda (Gramá); Quando trabalhamos na equipe integrada não é preciso nem pedir. É feito revezamento de apoio no pré-parto, inclusive os médicos participam. Mas isso não é a regra geral. Às vezes sobrecarrega e eu como enfermeira da unidade preciso mandar para que todos colaborem (Enfermeira – Notas de Campo).

3.3.3 Descrevendo o processo de trabalho nos microambientes Salas de Parto

Estar tranqüilamente conversando, tomando um cafezinho e, de repente, dois partos ao mesmo tempo, um inclusive com urgência. É desafio em equipe, aqui são ondas: vem medo, assusta, mas também alegre, dá prazer. É uma dinâmica diferente das demais unidades do hospital: você trabalha com a surpresa e o inesperado.
(Pedra Preciosa)

Uma vez a cliente estando preparada para ser encaminhada para a **área de trás**, o **obstetra** comunica a **enfermeira** e esta, por sua vez, começa a agilizar os **técnicos/auxiliares** para preparar o ambiente, além de coordenar todo o processo de trabalho a ser realizado: orientar a cliente e o acompanhante, supervisionar o trabalho na sala, avisar o neonatologista e o anestesiolologista se for o caso, proceder ao cateterismo vesical quando for parto cesariana e fazer os registros devidos da mãe e do recém-nascido.

O **técnico/auxiliar** responsável pelo Pré-Parto conduz a cliente até a sala definida pelo obstetra ou enfermeira e retorna ao seu ambiente de trabalho. Os que são responsáveis pela área de trás recebem a cliente, começam a prepará-la e preparam o ambiente: enquanto um se paramenta para instrumentar, o outro auxilia, dispondo materiais, posicionando a cliente, e o terceiro (responsável pelos cuidados com o recém-nascido) prepara o berço aquecido, que fica na Sala de Parto, e os materiais necessários para esperar o recém-nascido. Se houver um quarto técnico/auxiliar, este atua também

como auxiliar. No caso em que há apenas dois, o responsável pelo recém-nascido assume o papel de auxiliar junto à enfermeira até a chegada do recém-nascido.

No parto normal o acompanhante entra junto com a mulher, e em caso de cesariana a enfermeira o orienta e o conduz até a sala no momento em que o obstetra começa a retirar o feto. O **obstetra** e um estudante de medicina se paramentam permanecendo na sala até completar todo o processo do parto: expulsão do feto, dequitação da placenta e realização da episiorrafia (se houver). Após o parto a puérpera é encaminhada para a Sala de Recuperação, na área da frente, por um técnico/auxiliar, enquanto o outro já começa a limpeza e organização da sala para um próximo parto. A **enfermeira** segue para a Sala de Cuidados do Recém-Nascido com o técnico responsável.

Muitos partos normais são realizados pela enfermeira que está de plantão, se esta for especialista em obstetrícia. A decisão por tal conduta é acordada entre enfermeira e obstetra, ou por solicitação da parturiente. Quando é a enfermeira quem assume o parto, na maioria das ocasiões ela costuma realizá-lo sozinha, mas, dependendo do obstetra, ele acompanha o parto auxiliando-a. Algumas vezes quem realiza o parto é o estudante de medicina, sob supervisão e orientação do obstetra.

No parto cesariana, normalmente os dois obstetras assumem o procedimento, entrando no momento em que a cliente já está anestesiada. Um sai logo após o nascimento do recém-nascido e o outro permanece juntamente com um estudante de medicina até o final de todo o processo de parto, que culmina com o fechamento da ferida operatória.

Um pouco antes de o bebê nascer, tanto no parto normal quanto na cesariana, o neonatologista chega com um estudante de medicina, paramentam-se e aguardam o nascimento. Se for parto normal, logo após a saída do feto, o profissional que está realizando o parto segura o bebê, corta o cordão umbilical, e entrega o recém-nascido ao neonatologista, que por sua vez o coloca no berço aquecido e o examina rapidamente (verificação do Apgar; aspiração, se necessário; e identificação). Se não houver intercorrências, o bebê é posto em contato pele a pele com a mãe e colocado para mamar. Após o bebê ter permanecido um pouco com a mãe, ele é conduzido à Sala de Cuidados Imediatos do Recém-Nascido. Dependendo do profissional obstétrico e do neonatologista que estão fazendo o parto, antes mesmo do corte do cordão umbilical, o recém-nascido é colocado sobre a mãe por alguns minutos. Nos casos em que o neonatologista ainda não está presente no momento do nascimento, a enfermeira e/ou técnico/auxiliar inicia os primeiros cuidados.

É freqüente acontecer simultaneamente dois ou mais eventos na área de trás, como por exemplo dois partos normais, ou um parto normal e uma cesariana. Nesses casos, os técnicos/auxiliares costumam se dividir, ficando um em cada sala, e o responsável pelos cuidados com o recém-nascido assume o papel de auxiliar junto à enfermeira, se não for ela quem estiver realizando um dos partos.

Após a saída da cliente, do acompanhante e do recém-nascido da área de trás, os técnicos/auxiliares fazem a limpeza, organização e reposição de materiais de todos os ambientes, de tal maneira que estejam completamente prontos para um próximo atendimento.

Quando os técnicos/auxiliares terminam as tarefas na área de trás, costumam ficar conversando ali sobre os procedimentos realizados e assuntos particulares, ou vêm para a área da frente, acomodando-se no Corredor Interno ou na Sala de Lanche para conversar, assistir televisão, ler, ou fazer algum trabalho manual como crochê e bordado. Em alguns plantões movimentados, com sobrecarga física ou psicológica, eles têm o hábito de ajudar os colegas no Pré-Parto ou na Sala de Recuperação, fazendo rodízio de atendimento às parturientes que se encontram ansiosas, gemendo ou gritando.

Para compreender um pouco a **dinâmica de trabalho nas Salas de Partos**, apresento as **cenas 3, 4 e 5**, verificadas durante a Observação Participante. Essas cenas começam no microambiente **Sala de Pré-Parto** e terminam no microambiente **Sala de Parto**.

Cena 3:

No microambiente Sala de Pré-Parto, leito 3, está deitada a parturiente, com seu acompanhante sentado no sofá ao lado. A técnica de enfermagem faz massagem nas costas da cliente e conversa com eles sobre o processo de trabalho de parto e o parto.

Parturiente (gritando e chorando): *Eu não tô mais agüentando, [Fulana] (referindo-se à técnica de enfermagem), tô suando frio, dói muito.*

Obstetra (entra sorrindo): É difícil, mas estás quase ganhando, deixa-me examinar de novo. Fica calma que tu já estás ganhando, a cabecinha já está aparecendo, tu já escolhesse o tipo de parto, deitada ou de cócoras?

Parturiente: Ai, ai, tá doendo muito.

Técnica: [Fulana] (se referindo-se à obstetra), ela agora está fora de si, não tá respondendo, mas eu mostrei as salas de parto antes e ela preferiu de cócoras.

Obstetra: Ela não está se ajudando, leva rápido pro horizontal.

Técnica: Mas, [Fulana], eu tô aqui o tempo todo com ela e prometi que ela faria de cócoras.

Obstetra: Leva já pra sala antes que ela ganhe no caminho. Saiu ao encontro da enfermeira:

Enfermeira, prepara a sala horizontal rápido, a mãezinha está indo.

A técnica, com a cabeça baixa, com expressão revoltada, conduz a parturiente até a área de trás.

Na Sala de Parto, com as portas abertas, luzes acesas, enquanto a obstetra se paramenta, dois técnicos e duas enfermeiras preparam o material para o parto e o material para esperar o bebê. Uma das enfermeiras conversa com a parturiente e a acompanhante, e a outra sai da sala.

Obstetra: Tem que ser rápido, o bebê já está nascendo. Calma mãe, uma força só e o teu filho sai. Olha para a acompanhante: A senhora fica ao lado dela, perto da cabeça. Antes de terminar de se preparar.

Parturiente (gritando e fazendo força): *O neném está nascendo.*

A obstetra rapidamente calça as luvas e espera o bebê nascer.

Obstetra (em tom alto): Meninas, abram o pacote rápido, o bebê está nascendo.

Técnica abre o pacote.

Obstetra: Cadê a pinça, isso não é pacote de parto, rápido gente.

Os funcionários que estão na sala começam a tremer.

Enfermeira: Corre lá na outra sala, [Fulana], e traz um pacote de parto.

Obstetra: Mãe, não faça força agora. Olha para a enfermeira: O bebê tem duas circulares de cordão apertadas. Rápido, me arranja uma pinça, qualquer coisa, eu preciso de pinça e tesoura... (aumenta o volume da voz) está demorando muito.

Enfermeira (tremendo e com a voz rouca): *Já foram buscar.*

Obstetra: Me dá qualquer coisa que estiver nessa sala, não posso esperar. Todos na sala ficam tensos, nervosos, tremendo.

Técnica chega correndo, respirando fundo, tremendo e abrindo o pacote: *Está aqui o material.*

A Obstetra corta o cordão umbilical, limpa a cavidade bucal do bebê e coloca-o no berço aquecido. As enfermeiras começam a aspirá-lo, fazendo ventilação com oxigênio. Em seguida o bebê chora fraco, e todos respiram aliviados e sorriem.

Obstetra: Já chamaram a neo?

Enfermeira (muito nervosa): *Já, mais ainda não veio.*

A obstetra termina o parto, volta-se para a puérpera: *Está tudo bem mãe, o bebê está bonzinho, é um menino mesmo.* A avó (acompanhante) e a puérpera começam a rir e chorar emocionadas, e as duas enfermeiras e os dois técnicos que estão na sala suspiram profundamente.

Puérpera (sorrindo): Pessoal, vocês me desculpem pelos berros lá na frente. Eu não queria fazer escândalo, mas realmente eu não tava agüentando mais de tanta dor, estava muito cansada mesmo. Eu pensei que não ia resistir, me desculpem.

Obstetra, ao terminar o procedimento se dirige a uma das enfermeiras, olhando e sorrindo: Que explicação vocês têm para esse acontecimento? Logo hoje que vocês estão em duas enfermeiras e está calmo. Retira-se.

As enfermeiras e os técnicos ficam conversando sobre o ocorrido.

Enfermeira: A adrenalina subiu muito, agora estou relaxada, não aconteceu nada de grave. Quando acontece alguma coisa e é por falha nossa, a gente não consegue tirar da cabeça, é horrível. Ainda bem que não aconteceu nada errado com o bebê. Também a gente não tem culpa, essas coisas acontecem mesmo. Ela (se referindo à obstetra) é muito estressadinha mesmo, mas Deus nos livre de acontecer novamente, já imaginaram uma parada respiratória no bebê? A neonatologista nem na sala estava.

Técnica: Que alívio, gurias, o importante é que deu tudo certo. Essa obstetra é meio apavoradinha, por pouca coisa ela grita, se assusta.

Outra técnica: Eu nem reparei o rótulo. Tava ali prontinho, eu só abri o pacote. É bom pensarmos em deixar mais um pacote embaixo da mesinha para esses casos assim de urgência, para não precisarmos sair correndo, pois esse tempo é precioso. As minhas pernas ainda estão tremendo.

Cena 4:

Na Sala de Pré-Parto a enfermeira entra e sai freqüentemente, conversa com as clientes e acompanhantes sobre a evolução do parto e os procedimentos que ajudam a aliviar a tensão. Envolve o acompanhante nos cuidados como caminhar com a parturiente, fazer massagem, auxiliar no banho, entre outros. Examina a parturiente comunicando como ela está evoluindo.

Enfermeira (olhando para a técnica, coloca a mão em seu ombro, em tom baixo): [Fulana], a parturiente que está no leito 1 precisa de maior atenção, pois não consegue relaxar, está muito nervosa. A outra se tranqüilizou depois que eu conversei.

Técnica: [Fulana], o acompanhante do leito 2 me pediu para dar uma saidinha porque precisa comer e telefonar. Eu nem falei contigo porque estavas ocupada. Mas eu deixei, expliquei bem pra ele como fazer.

Enfermeira: *Tudo bem.*

Obstetra (aproxima-se sorrindo, olha para a técnica e a enfermeira, coloca a mão no ombro da enfermeira e fala com ela em tom suave): *A cliente do leito 4 está total, ela diz que você vai auxiliá-la no parto, é verdade?*

Enfermeira: Eu acompanhei mais de perto o trabalho de parto dela.

Obstetra: Com certeza está mais segura com você. Então vamos lá.

Técnica: Eu levo pra sala, então? Qual sala?

Obstetra: Ela escolheu o parto vertical. Pode deixar, [Fulana] (para a técnica), que eu a conduzo até a sala.

Estudante de medicina: Não é o senhor que vai fazer o parto?

Obstetra: É a enfermeira. Pode ir pra lá acompanhá-la.

Na Sala de Parto, dois técnicos abrem os pacotes, organizam a sala. O obstetra acomoda a parturiente na cadeira de parto, orienta o acompanhante para ficar sentado atrás dela e apoiá-la pelas costas. A enfermeira se paramenta. Os acadêmicos de medicina ficam observando num dos cantos da sala. As portas são fechadas.

Acompanhante: Será que eu vou agüentar? Eu tô com pena dela.

Parturiente: Fica aqui comigo, eu tô bem. Ai, lá vem uma contração forte.

Enfermeira (paramentada, pronta, à espera do bebê, olhando nos olhos da parturiente):

Lembra do que a gente conversou lá na frente: fazer força quando estiveres com vontade.

O obstetra desliga as luzes, acende os refletores iluminando o local onde a enfermeira está.

Técnica (olhando para a enfermeira): O espelhinho, ela vai querer ver o neném sair?

Parturiente: Ai, ai, ai... outra contração. Que alívio quando passa.

Obstetra: Mais uma contração dess, o bebê nasce. Quando for fazer força capricha bem lá em baixo que dessa vez o neném sai.

Neonatologista (entra na sala): *Já nasceu?*

Obstetra (sorrindo): Estava esperando por você.

Enquanto o bebê não nasce, entre uma contração e outra, todos conversam sobre o bebê, o nome, se já tem irmãozinhos, etc.

Parturiente: Não tô agüentando, agora é uma força bem grande.

Todos: Isso, mãe, assim mesmo, está nascendo.

Técnica (quando a contração passa): Olha no espelho que a mãezinha consegue ver os cabelinhos do neném.

Enfermeira: Mãe, dessa vez nasce, faz aquela força que a gente conversou, o pai ajuda.

O bebê sai e em seguida começa a chorar.

Todos (sorrindo): Nasceu, que lindo, é um menino. Parabéns, pai e mãe.

A Enfermeira corta o cordão umbilical e passa o bebê para a neonatologista, onde então é colocado no berço aquecido para ser examinado.

Obstetra: Ele está ótimo, deixa no colo da mãe. A criança precisa da quenturinha da mãe.

Neonatologista (atende o obstetra): É, mas eu preciso examiná-la, ver o Apgar.

Obstetra: Isso nós sabemos, nasceu tão bem, a nota é 9 e 10.

Puérpera e acompanhante (lacrimando, sorrindo, se abraçando e beijando o bebê): Foi emocionante desde o início. A [Fulana] (referindo-se à enfermeira) foi a principal responsável pela minha participação e do meu marido. Ela ficou sempre do meu lado tirando a minha ansiedade e o medo. Me fez entender que no parto vocês ajudam, mas ele acontece por causa da mãe e do bebê.

Obstetra: Parabéns, mãe. Olha para a enfermeira: Esse foi um parto de livro.

Os técnicos se ausentam.

Enfermeira: Cadê os funcionários, eu ainda não terminei. Não teve episiotomia, mas preciso que me auxiliem para corrigir umas pequenas lacerações.

Obstetra: *Eu te ajudo [Fulana]* (e fica ali até terminar todo o procedimento).

O Obstetra ajuda a levar a parturiente para o microambiente Sala de Recuperação e fica conversando um pouco com ela sobre a sua percepção sobre o parto.

Cena 5:

Do microambiente Sala de Pré-Parto o obstetra, olhando para o Corredor Interno, grita: *Chamem a enfermeira, eu preciso falar com ela, rápido.*

Técnica: Está lá dentro terminando de preencher os papéis do parto que acabou agora.

Obstetra: É necessário, chama ela.

No corredor as pessoas ficaram se entreolhando.

Técnica (abre a porta que dá acesso à área de trás e grita): [Fulana]... [Fulana].

Alguém responde lá de dentro: *Ela está ocupada.*

Técnica (gritando): Não importa, o doutor [Beltrano] quer falar com ela agora.

Enfermeira (abre a porta, com a voz alterada): *O que tem de tão urgente assim, [Beltrano]?*

Obstetra: Eu quero que tu chames o anestesista porque vamos fazer uma cesariana agora e logo em seguida uma curetagem.

Enfermeira: Dá pra esperar um pouquinho?

Obstetra (falando rápido e agressivamente): Não dá, daqui a pouco tem outro parto normal. Se esperar muito dá seis horas e vocês querem se arrumar pra ir embora, e tu já sabes que às vezes o anestesista demora a chegar.

Enfermeira (vai até a porta que dá acesso à área de trás e grita): *Gurias, ôurias.*

Alguém responde: *O que é [Fulana].*

Enfermeira: Preparem a sala, vamos ter uma cesariana e depois uma cureta.

Alguém grita: Dá pra esperar até a gente tomar um cafezinho primeiro?

Enfermeira: Não, o doutor quer agora.

Técnica (está no pré-parto, instala fluidoterapia na parturiente e fala com ela): *O médico já te falou que vais fazer cesariana?*

Parturiente: Já, mas eu não entendi direito porque tem que ser cesariana, tu sabes?

Técnica: Não sei, mas lá na sala pergunta pra enfermeira.

Parturiente: Tu não és enfermeira?

Técnica: Eu sou técnica, não sou formada na faculdade, a responsável por tudo aqui é a enfermeira. Olhando para o acompanhante: Pai, você vai assistir o parto, mas só entrará depois. Quando o bebê estiver quase saindo eu te levo até lá.

Na Sala de Parto Cesariana, a parturiente é colocada na mesa operatória. Enquanto um técnico organizava os materiais, o outro prepara a parturiente e um terceiro prepara-se para instrumentar.

Técnica (dirigindo-se à parturiente): A senhora fica bem paradinha na posição que a gente colocar, porque a gente não sabe qual é o anestesista. Tem uns aí que armam a maior confusão se não tiver bem certinho, do jeito que ele quer.

Outra técnica: A bronca não é com a senhora; é conosco. Tem uns que chegam aqui ditando normas, brigando com a gente. Muitas vezes a equipe é ótima, tranquila, sincronizada, mas quando o anestesista chega estraga tudo.

Anestesista (chega sorrindo, brincando com elas): Olá, meninas, vocês já estavam com saudades de mim, hein! O que temos pra fazer.

Enfermeira (entra, com expressão de inquietude): Está pronto pra eu passar a sonda? Além daqui eu tenho outros pepinos pra resolver ao mesmo tempo.

Técnica: Calma enfermeira, tudo se ajeita. Não estressa a gente.

Anestesiologista (olhando para a enfermeira, sorrindo): *Você me chamou, eu vim logo.*

Enfermeira: Está bom, está bom.

Começam a preparar a parturiente, todos conversando, rindo, brincando com ela. Além dos cinco profissionais que estão na sala, juntamente com o obstetra chegam mais dois acadêmicos de medicina e uma professora de enfermagem com mais três alunas, que foram se acomodando nos cantos da sala.

Obstetra (em tom agressivo): *Dá pra fechar essa porta?*

Durante a operação, o obstetra, o anestesiologista e os trabalhadores de enfermagem conversam entre eles, riem, conversam com a parturiente sobre o bebê (sexo, nome, se têm irmãos, etc.). A enfermeira se retira. A neonatologista chega com dois acadêmicos de medicina.

Neonatologista (sorrindo): Tudo bem, pessoal. E o neném, mãe, como está?

Parturiente: Eu tô bem; o neném não sei. Estou preocupada, não entendi direito porque estou fazendo cesariana.

Obstetra: Eu já te expliquei, mãe, é por causa do sofrimento fetal.

Neonatologista: Não se preocupa mãe, vai dar tudo certo.

A técnica que está circulando chega até a porta e grita: *[Fulana]* (chamando a técnica da Sala do Pré-Parto), *pode trazer o acompanhante.* Ela o recebe e o encaminha para junto da mulher.

Enfermeira entra na sala, olha para o pai: Estás bem, pai? Estás suando muito, queres sair um pouco?

Obstetra: Calma enfermeira, pra que esse apavoramento. Todos nós estamos passando mal com essa sala cheia e esse calor, ele mais do que nós porque é o filho dele que está nascendo.

Enfermeira: É, mas ele está pálido.

Obstetra: Você acaba de chegar, não sabe o que está acontecendo, deixa ele aí, não vai desmaiar não.

O bebê nasce, o obstetra entrega-o para o neonatologista. Este faz um exame no recém-nascido rápido e o mostra para os pais, que começam a chorar.

Todos: *Ó que lindo. Nasceu, mãe* (todos se alegram e respiram profundamente).

Técnica que está instrumentando: Que bom, deu tudo certo, agora só falta acabar.

Neonatologista: *Mãe, eu vou levar teu filho pra examinar numa salinha especial, mas está tudo bem com ele* (e sai com o bebê no colo, juntamente com os dois acadêmicos de medicina, a enfermeira e o técnico que estava circulando).

Técnica: Pai, você pode ir até aquela salinha ali onde está o neném pra ficar com ele. Enquanto isso a tua mulher fica pronta; nós cuidamos dela.

Acompanhante: *Muito obrigado.*

Obstetra (dirigindo-se ao acadêmico de medicina que o estava auxiliando): Está tudo bem, a placenta já dequitou, agora é contigo, fecha bem direitinho essa ferida operatória. Depois olhou para os técnicos: Assim que acabar, já preparem a sala para a curetagem e me chamem (saiu).

O microambiente **Sala de Parto**, segundo os trabalhadores, é o local em que as pessoas, inconscientes e momentaneamente, deixam de lado os seus rancores, estresses e conflitos relacionais e procuram sincronizar-se coletivamente entre eles próprios, com os estudantes que estão no ambiente e com a cliente e o acompanhante, todos direcionados a um mesmo objetivo: trabalhar e torcer para que o parto se concretize conforme o desejado.

Contudo, as equipes cujos membros possuem afinidade e afetividade entre si vivenciam esse processo de parto mais concretamente, incluindo o “desfrutar” do resultado do evento coletivamente:

A gente pode estar no maior conflito, mas quando chega a hora do parto, aquele momento é sagrado, esquecemos que não nos entendemos e a atenção fica toda voltada para aquele casal e seu filhinho (Obstetra – Notas de Campo);

Podemos não nos dar bem, nos desentender até o momento do parto, mas todos se voltam pro mesmo pensamento quando o nascimento está acontecendo. E todos têm uma reação diferente, a curtição pelo resultado é individual (Bem-Me-Quer);

Na hora do parto há uma cumplicidade, uma co-responsabilidade pelo nascimento conforme o esperado. Por isso não tem muita briga entre os funcionários; as diferenças de comportamento desaparecem um pouco. Depois do parto essas guerrinhas de poder e mal-humor geralmente começam tudo de novo (Saudade);

Eu vejo diferente uma equipe da outra na hora do parto. Tipo assim: se nós não nos entendemos antes, naquele momento ninguém percebe pela união pra coisa dar certo, e dando certo cada um sente o resultado da sua maneira; agora, se os funcionários são equipe mesmo, o ambiente é mais leve, tem mais êxtase, as pessoas curtem juntas e voltam pra frente irradiando luz, felicidade (Sentinela).

A emoção não é tão grande quanto o alívio, afinal é a gente que está ali aguardando o momento do parto para ajudar. Isso causa um estresse muito grande, que imediatamente é compensado com as energias positivas do nascimento. Eu gosto mais de trabalhar atrás porque a gente pode não se entender, mas ali nós somos uma grande família. Nessas horas não importa os nossos dissabores; o negócio é lutar unidos e desfrutar com muita alegria daquele momento divino que envolve a gente (Fadinha Azul);

O nascimento é o momento mais divino e de graça neste lugar. A gente sente a beleza irradiando-se no ambiente; todos se sentem cúmplice desse processo e há uma satisfação interna sem tamanho. O prazer de dar as boas-vindas ao bebê e sua família, auxiliando no nascimento do bebê, compensa todo o estresse gerado no pré-parto (Gaivota);

Todos se sentem satisfeitos com o resultado do parto. É prazeroso auxiliar num parto onde toda a equipe fica maravilhada com a chegada do bebê, aquela coisinha minúscula, lutando para nascer, aquele primeiro chorinho dando o sinal de vida. Você não consegue imaginar a emoção que eu sinto quando o bebê sai completamente e fica nas minhas mãos. Esse momento mágico e único de cada parto enche o CO de alegria, renovando a energia do ambiente e sensibilizando todos, nem que seja por alguns minutos. Todo o estresse ou sensação de impotência do pré-parto é compensado com o parto (Violeta).

Em relação ao **processo de trabalho**, alguns técnicos/auxiliares de enfermagem pontuaram que, mesmo não gostando muito de trabalhar na área de trás, mesmo com sobrecarga de trabalho, mesmo fazendo parte de uma equipe em que os funcionários não ajudam nas tarefas dos colegas, esse, ainda, é o microambiente do CO preferido pela maioria desses trabalhadores.

A preferência por trabalhar na **área de trás** se deve, principalmente, ao afastamento dos trabalhadores das seguintes questões: gemidos e gritos das clientes no Pré-Parto; acompanhantes chamando e exigindo atenção; tumulto e agitação no Corredor Interno, como concentração de pessoas falando ao mesmo tempo, telefones que não param de tocar, o toque da campainha. Além disso, a área de trás tem mais pausa para descanso entre

um procedimento e outro, e a característica principal da área de trás é o desenvolvimento do processo de trabalho em equipe, o que torna mais leve o serviço:

Eu gosto lá de trás porque não faço o serviço sozinha, parece que o trabalho flui melhor (Auxiliar de enfermagem – Notas de Campo);

Lá as pessoas se entendem mais, porque se unem pra que o parto transcorra bem (Cristal);

A gente fica alheia ao tumulto lá da frente, daqueles gritos, e sobra um tempinho pro cafezinho e bate-papo entre um parto e outro (Técnica de enfermagem – Notas de Campo).

Para alguns trabalhadores, muitos partos que eles vivenciam trazem a identificação com o seu próprio nascimento ou com as experiências que tiveram (no caso das trabalhadoras mulheres). Para outras trabalhadoras, traz o desejo de ter filhos ou uma certa frustração por falta de oportunidade de não tê-los:

Cada vez que eu auxilio no parto, eu fico comparando com o meu; dependendo de como foi o resultado, eu tenho reações inesperadas (Melodia);

Eu tento, mas não consigo deixar de pensar que eu não tive as mesmas chances de ter um filho. Até que estou me acostumando, foi questão de oportunidade mesmo (Sempre-Viva).

Alguns trabalhadores de enfermagem relataram falta de coleguismo no trabalho. Para eles, certos colegas ainda se mantêm em seu ritmo isolado de executar as tarefas onde estão escalados, não se envolvendo nem se comprometendo com o trabalho em grupo, que, segundo eles, é necessário para agilizar o serviço e desenvolvê-lo com mais precisão. Eles consideram que o processo de trabalho na área de trás possui as características de trabalho em equipe, principalmente à noite, porque, enquanto dois técnicos/auxiliares “tocam” o serviço, dois descansam por duas horas, fazendo rodízio. Assim se expressam alguns trabalhadores:

Atrás não tem como trabalhar sozinha, tem que ser em equipe. Por isso dá muito tititi e a enfermeira não consegue controlar (Rosa Vermelha);

À noite principalmente a gente descansa. Se o grupo não está a fim de ajudar fica muito difícil tocar o serviço (Alegria);

Eu sinto muita falta de coleguismo, muito puxa-tapete, muita gente se encostando (Auxiliar de enfermagem – Notas de Campo).

No desenvolvimento do **processo de trabalho na área de trás**, os trabalhadores mencionam ainda a questão dos trabalhadores anestesiológicos e neonatologistas que atuam frequentemente no CO. Como esses profissionais não fazem parte da equipe do CO, alguns chegam ao CO impondo o seu modo de agir e se relacionar, o que interfere na dinâmica da equipe de enfermagem, principalmente se ela não está bem integrada. Mas os mesmos trabalhadores advertem que isso não é regra geral, pois existem anestesiológicos e neonatologistas que se integram à equipe, contribuindo positivamente no trabalho e nas relações entre todos. Algumas falas expressam essa questão:

Tem anestesiistas que não gostam de ser chamados, chegam aqui carrancudos, ditando normas, querem tudo do jeitinho deles. Um dia desses um até se revoltou e jogou a pinça no chão. Esse tipão de profissional quebra com a união da equipe (Amor-Perfeito); É muito legal trabalhar com a anestesista [Fulana]. Ela chega brincando com todos e com as pacientes. Chega sorridente e não tem preguiça. Quando termina o serviço vai com a gente pro cafezinho, todos se juntam pra conversar, contar piadas, falar de filhos, namorado, música, dá de tudo, sem formalidades. A gente se sente de fato como um ser humano (Arruda).

3.3.4 Descrevendo o processo de trabalho no microambiente Sala de Cuidados Imediatos do Recém-Nascido

Após ter permanecido alguns minutos nas **Salas de Parto** junto da mãe, o recém-nascido geralmente é encaminhado nos braços do neonatologista ou do estudante de medicina até a **Sala de Cuidados Imediatos do Recém-Nascido** e colocado em berço aquecido. O acompanhante é convidado pela equipe de trabalho para participar do processo de cuidados do recém-nascido.

Uma vez o recém-nascido estando aquecido conforme suas necessidades térmicas, ele passa por um exame minucioso feito pelo estudante de medicina juntamente com o neonatologista. Enquanto isso, o técnico/auxiliar também executa os primeiros cuidados de enfermagem, quais sejam: banho, credeização, aplicação de injeção kanakion, verificação de temperatura axilar, frequência cardíaca e respiratória, verificação dos dados antropométricos e medidas dos perímetros abdominal e cefálico. A enfermeira faz os registros do nascimento e os históricos e prescrições de enfermagem da puérpera e do recém-nascido.

Terminados os procedimentos com o recém-nascido, ele é encaminhado para junto de sua mãe, transportado no colo do acompanhante ou do trabalhador de enfermagem. Em caso de intercorrências que exijam cuidados especiais, a puérpera e seu acompanhante são comunicados e o bebê é levado diretamente para o Berçário (Serviço de Neonatologia).

Ilustrando com as cenas 6 e 7 o processo de trabalho na Sala de Cuidados do Recém-Nascido, procuro mostrar um pouco da dinâmica que comumente acontece nesse microambiente.

Cena 6:

Ainda na Sala de Parto Vertical, um pouco antes de o bebê nascer, a neonatologista, juntamente com o estudante de medicina, entra na sala. Sorrindo, cumprimenta os presentes, coloca luvas estéreis e se aproxima da parturiente.

Obstetra: Essa senhora mãezinha, é a pediatra que vai examinar o bebê.

Parturiente: Por quê? Ele não tá bem?

Acompanhante (com os olhos bem abertos, abraça a parturiente): *O nosso filho tá demorando pra nascer porque ele tá mal?*

Neonatologista: Não, é assim mesmo. Sempre o pediatra está junto para avaliar a criança e intervir se alguma coisa não estiver bem com ele.

Acompanhante: Graças a Deus.

O bebê nasce. Ainda com o cordão umbilical sem ter sido cortado, a neonatologista o pega, limpa o seu rosto e a cavidade bucal, coloca-o em contato pele-a-pele com a mãe, cobrindo-o com lençóis aquecidos, e ajuda a puérpera a colocá-lo no seio.

Puérpera (chorando, beijando o bebê e acariciando-o): Muito obrigada, gente. É meu terceiro filho, mas é a primeira vez que isso acontece, de meu marido ficar comigo e de poder ficar com meu filho agarradinho ainda com o cordão preso.

Acompanhante (sorrindo, lacrimejando, beijando a mulher e acariciando o filho): *Vocês são nota dez, não tem palavras que expressam o que sentimos.*

Na sala todos sorriem, dando parabéns ao casal e se entreolhando.

Obstetra (olhando para a neonatologista): Segura o bebê, porque preciso cortar o cordão umbilical.

Enfermeira: Mãe, nós vamos levar o bebê lá para a sala do bebê para examiná-lo e cuidar dele. Enquanto isso o obstetra termina o trabalho aí contigo, mas o pai pode vir junto pra não deixar o bebê sozinho. A mãe, sorrindo, beija o bebê e o entrega ao neonatologista, agradecendo.

Na sala de cuidados do recém-nascido, o estudante começa a examinar o bebê que está no berço aquecido. E o técnico inicia os procedimentos, sempre conversando com o recém-nascido e o acompanhante; explica o porquê dos procedimentos e incentivando o pai a interagir com o seu filho.

Técnico: Pai, pode tocar no bebê e conversar com ele se quiseres.

Acompanhante: É tão pequenininho que eu tenho até medo, eu não sou acostumado.

Neonatologista: Pai, como você está vendo, o seu bebê é bem ativo, está tudo bem. Assim que terminar de ser preparado ele vai ficar junto com a mãe.

Enfermeira: Pai, tem alguma pergunta, alguma dúvida? Aproveita enquanto a pediatra está aqui.

Acompanhante: Vocês são tão legais, transmitem tanta segurança que nem tenho o que perguntar, muito obrigado outra vez.

Neonatologista (abandonando as mãos, olhando para todos, sorrindo): Tchau, pessoal, até a vinda de mais uma criaturinha abençoada. [Fulana] (dirigindo-se a enfermeira), ainda estou cobrando aquele cafezinho gostoso com cuca que só você sabe fazer.

Enfermeira (sorrindo): Fica pra próxima; eu não sabia que você estava de plantão.

Técnico (termina de pentear o bebê, coloca um lacinho na sua cabeça e o entrega ao acompanhante): Pai, a criança é de vocês, eduquem com carinho e amor; precisamos de um mundo mais aconchegante e feliz. Pode me acompanhar que nós vamos aonde a mãe está.

Olha para a enfermeira: Mais alguma coisa, [Fulana]? Eu posso ir? Depois eu volto pra arrumar as coisas e te ajudar.

Cena 7:

Na Sala de Parto, obstetra e trabalhadores de enfermagem auxiliam a parturiente no parto horizontal. Entra a neonatologista, juntamente com um estudante de medicina.

Neonatologista (séria, tom firme): *Olá, pessoal, ainda não nasceu?*

Obstetra: Estamos aqui aguardando, é pré-termo, de trinta e cinco semanas, mas está bem.

Neonatologista (olhos regalados): Cadê a enfermeira? Ela não me avisou que era pré-termo.

Técnico: Ela está ajudando na outra sala. Está tendo outro parto cesariana também, mas eu vi ela telefonando.

Neonatologista: Não, ela me falou que tinha dois partos, mas não me disse que era pré-termo, depois eu cobro dela.

Técnico: Está muito agitado aqui; ela ainda não parou um segundo.

Neonatologista: Não importa, a eficiência dela é primordial pra evitar problemas com os bebês que possam ser prevenidos.

Obstetra olha para a neonatologista e para o técnico.

Parturiente: Vai acontecer alguma coisa com meu filho?

Acompanhante (coloca a mão no ombro da parturiente): Se alguma coisa der errado por causa disso, eu processo.

Obstetra: Calma gente, eu já lhe expliquei o que poderia acontecer, pai. O seu bebê está nascendo antes do tempo, mas a pediatra já está aqui para avaliá-lo.

O bebê nasce, chora, o obstetra corta o cordão umbilical e o entrega para a neonatologista, que, por sua vez, o coloca no berço aquecido.

Neonatologista (agitada, com voz trêmula): Rápido, [Fulano], me dá oxigênio, aspira esse bebê. Enrola-o num pano aquecido e o mostra para a parturiente: Mãe, não posso deixar, tenho que levar pra examinar e ver se ele precisa ir para o Berçário por causa da respiração.

Puérpera (com a voz rouca): *Ele não está respirando?*

Obstetra: Nasceu bem, mas precisa ser bem examinado porque ele nasceu antes do tempo (olhando para a neonatologista): Será que ele não pode ficar um pouquinho com a mãe, quanto foi o Apgar?

Neonatologista não responde e o leva para a Sala de Cuidados do Recém-Nascido. A técnica diz para o acompanhante que, tão logo a pediatra examinasse e avaliasse o bebê, conversaria com eles.

Já na Sala de Cuidados Imediatos do Recém-Nascido, enquanto o bebê está sendo oxigenado e examinado, a enfermeira chega à sala trazendo o bebê que nasceu na sala de cesariana, e olha para a neonatologista sorrindo: *E aí, doutora, essa coisinha aqui está muito bem, o acadêmico me ajudou a examinar. Está tudo bem com esse prematurinho?*

Neonatologista (olhou sério, em tom agressivo): Como você não avisa ao Berçário que tinha um parto pré-termo? Você não sabe o risco que esse bebê está correndo? Se vocês que coordenam a equipe não estão preparadas pra trabalhar num lugar como esse, como querem que o resto da equipe esteja.

Enfermeira (alterando a voz): O quê? Eu não avisei? Mesmo com toda a correria que está o CO, eu já estou desde cedo telefonando para o Berçário, para o Alojamento Conjunto, à procura de vocês. Falei diretamente com a residente [Fulana].

Neonatologista: Ninguém está sabendo, a sorte é que nasceu bem. Vocês não sabem o que é serviço.

Enfermeira: Olha aqui, eu sei muito bem assumir as minhas responsabilidades e aqui a gente trabalha muito. Vocês têm mania de chegar aqui, querer tudo prontinho e depois saem. Não sabem da sobrecarga de trabalho que temos e ainda ficam xingando, destratando os funcionários, deixando a equipe mal-humorada.

A Neonatologista fica atendendo os bebês com o estudante de medicina, resmungando baixinho; a enfermeira, de cabeça baixa, preenchendo os papéis, lacrimeja; o técnico faz os procedimentos em silêncio.

Segundo os trabalhadores **técnicos/auxiliares** de enfermagem, o microambiente **Sala de Cuidados Imediatos do Recém-Nascido** é um dos melhores locais para trabalhar. É um local onde não existe muito atrito entre a equipe de trabalho do CO porque fica apenas um técnico/auxiliar executando a sua tarefa/atividade e a enfermeira fazendo os registros, históricos e prescrições. E mesmo não havendo muita afinidade entre esses dois trabalhadores, há respeito e tolerância entre ambos, sensibilizados com a presença do bebê.

O contato com o recém-nascido foi muito pontuado como algo que traz muita “energia positiva” ao ambiente e para os trabalhadores:

Aqui não temos problemas. Muito pelo contrário, só energia boa, resultante da interação que fazemos com o novo ser que acaba de chegar a esse mundo e com a maioria dos neonatologistas (Flor do Campo);

Mesmo não gostando muito de fazer os cuidados com o recém-nascido, não costumo me apegar muito, mas é o local de menor dor de cabeça entre nós. Acho que, por causa da energia do bebê, as pessoas ficam mais sensíveis (Bem-Me-Quer);

Eu aproveito o máximo esse momento de curtir o bebê, eu gosto muito. Antes eu até comprava lacinho e colocava nas meninas; a mãe ficava toda boba quando via. É um local onde eu descarrego todo o meu estresse, provocado pela tensão do parto e dos relacionamentos mal resolvidos (Grama);

A gente pode quebrar o pau lá fora, mas aqui parece que nos entendemos em respeito ao bebê que acaba de nascer (Técnica de enfermagem – Notas de Campo);

Eu sugo muita energia do bebê. Eu tento evitar, mas eles são tão lindinhos... (Alegria).

Foram poucos os momentos de conflito e descontentamentos vivenciados nesse microambiente. Quando existem, na maioria das vezes, são provenientes de desentendimentos com alguns neonatologistas que não participam integralmente da dinâmica do CO. Quando são chamados para atender o recém-nascido, tentam impor as suas regras e opiniões, ou chegam reclamando da maneira como o trabalho é desenvolvido, o que costuma aumentar o atrito na equipe, se esta for desunida e não estiver bem integrada. Porém, na maioria das vezes, segundo os trabalhadores, o contato com os neonatologistas é saudável, alegre e prazeroso de tal maneira que restabelece o cansaço e a sobrecarga de trabalho. Abaixo, transcrevo algumas falas de alguns trabalhadores sobre os neonatologistas.

Os neonatologistas são muito brincalhões com a gente e com o casal do bebê. Isso é ótimo pra melhorar o astral da equipe. É claro que tem exceções (Cristal);

Quando é o [Fulano] que está de plantão, a gente sai daquela sala triste e mal-humorada pela postura autoritária que ele tem (Melodia);

Coitada das enfermeiras! Sofrem na mão de certos neonatologistas que vêm aqui, armam o barraco e saem, mas nós ficamos aqui agüentando a briga e os descontentamentos que resultaram desse poder do médico (Fadinha Azul).

3.3.5 Descrevendo o processo de trabalho no microambiente Sala de Recuperação

O técnico/auxiliar responsável pela Sala de Recuperação prepara o leito e os equipamentos para receber a puérpera. Ele vai pegá-la na Sala de Parto, ou ela é conduzida pelo trabalhador que está na área de trás, ou ainda ambos a trazem juntos.

O técnico/auxiliar é orientado pela enfermeira a não se ausentar desse microambiente enquanto houver clientes sob cuidados imediatos de enfermagem ou vigilância de pós-operatório, como monitorização de pressão arterial, frequência respiratória e cardíaca de 15 em 15 minutos, observação do nível de consciência e evolução puerperal (loquiação, altura do fundo uterino e consistência, ferida operatória e episiorrafia). Além desses cuidados imediatos, o trabalhador tem a responsabilidade de auxiliar e estimular a amamentação enquanto a puérpera e o recém-nascido permanecerem neste local.

Assim que a puérpera e o recém-nascido estiverem de alta, a enfermeira liga para o Alojamento Conjunto passando o plantão da situação da puérpera e do recém-nascido. O técnico/auxiliar conduz a cliente e o recém-nascido em maca até a porta para entregá-la a um funcionário do Alojamento Conjunto, ou em caso de curetagem a um funcionário da Unidade Ginecológica.

Quando não há clientes ou o trabalho está calmo, sem a necessidade de cuidados intensivos, o trabalhador, dependendo da equipe de trabalho, ajuda o colega na Sala de Pré-Parto ou na área de trás. Do contrário, se tratar de uma equipe não-solidária, fica sentado no sofá do corredor ou na sala de lanche.

Em atendimentos de urgência, como uma pré-eclâmpsia grave ou eclâmpsia, clientes em choque, etc., os trabalhadores se empenham coletivamente, independentemente da escala de serviço, da equipe de plantão ou das pessoas com quem se trabalha. Nesses casos, geralmente os trabalhadores se organizam de tal maneira que cada um assuma a tarefa/atividade para qual têm mais habilidade, destreza e rapidez.

No microambiente Sala de Recuperação praticamente o técnico/auxiliar é quem assume o trabalho sozinho, e apenas há a participação da enfermeira ou do obstetra quando são solicitados. As enfermeiras que participam mais efetivamente nesse microambiente validam com a parturiente e o acompanhante as suas percepções, sentimentos, expectativas de todo o processo que vivenciaram no CO, e esclarecem dúvidas pendentes. Alguns

obstetras também passam na **Sala de Recuperação** para perguntar à puerpera e ao acompanhante como se sentiram sendo os protagonistas do processo de parir-nascer, além de investigar o que poderia ter sido diferente, do ponto de vista do atendimento médico e da equipe.

Quanto às maiores dificuldades no processo de trabalho nesse microambiente, a maioria dos trabalhadores **técnicos/auxiliares** relatou que estão centradas nos plantões em que a unidade do Alojamento Conjunto está superlotada, o que retém as parturientes com alta no CO, que se torna como que uma unidade de puerpério. Isso sobrecarrega o trabalho do técnico/auxiliar responsável por esse microambiente.

Para alguns trabalhadores, esse é um ambiente cansativo porque exige vigilância constante do técnico/auxiliar enquanto a puerpera precisar de cuidados imediatos. Segundo eles, as rotinas nas tarefas executadas também causam cansaço, e há, com a falta de coleguismo, um trabalho isolado dos demais funcionários conforme a equipe que está de plantão.

Além dessas questões, alguns trabalhadores verbalizaram sentimentos de alegria e satisfação em trabalhar nesse local por compartilharem com a parturiente, o acompanhante e o recém-nascido o resultado de todo o processo do parto. Por isso, consideram esse microambiente o mais adequado para refletir, entre eles próprios e a cliente e o acompanhante sobre o serviço prestado, para, então, propor mudanças no atendimento, com a finalidade de se aproximar mais dos desejos e expectativas da cliente:

É complicado trabalhar nos dias que está superlotado, é muito trabalho pra fazer sozinha e ninguém me ajuda. A enfermeira proíbe de sair por causa de complicações nas pacientes, e os colegas não são capazes de ajudar. Estão aí no corredor conversando porque lá atrás não tem serviço, mas eu preciso pedir pra eles darem uma olhadinha enquanto eu tomo um cafezinho ou vou ao banheiro. É tão chato porque eles estão vendo, né? (Bem-me-quer);

O serviço é sempre igual e me cansa. Eu detesto ficar nos dias que o Alojamento não tem vaga, pois o CO vira puerpério e a cobrança da enfermeira aumenta. O local não foi feito pra isso. Aí tenho que encaminhar a paciente pro banho, cuidar do neném, amamentação, isso não é o meu forte (Saudade);

É tão bom interagir com as pacientes aqui na recuperação! Vejo como o local mais propício para os funcionários reverem com as pacientes como foi a sua estadia aqui no CO e pedirem sugestões de mudanças, pois agora elas já estão de cabeça fria, aliviadas da tensão do trabalho de parto. Mesmo que eu não esteja escalada, eu costumo vir conversar com elas e dar um forcinha para a colega (Gramá);

Eu tenho muita dificuldade nesse plantão. Carregar maca sozinha aqui na recuperação é difícil com esse meu problema; é pesado e quase ninguém me ajuda. Eu acho que é porque eu sou do lado da chefia e elas não são. Eu não gosto de pedir porque elas estão vendo, fica chato. Mas entre elas se ajudam. Eu sinto que elas me rejeitam. Qualquer coisa que eu diga, elas falam pra mim pedir à chefe (Auxiliar de enfermagem – Notas de Campo).

Alguns **obstetras**, ao término do parto ou quando dispõem de tempo, costumam ir até a Sala de Recuperação para dialogar com a cliente e o acompanhante sobre como se sentiram durante todo o processo de trabalho de parto, do parto e do puerpério, avaliando o trabalho por eles realizado.

3.3.6 Descrevendo o microambiente Sala de Lanche

Os microambientes **Sala de Lanche** e Corredor Interno estão intimamente interligados. Quando os trabalhadores terminam as suas atividades, geralmente é para esses microambientes que eles se dirigem, com exceção da maioria dos obstetras, que vão para o quarto de descanso médico.

A maioria dos trabalhadores expressou que o microambiente **Sala de Lanche** é mais reservado aos trabalhadores de enfermagem, servindo como refúgio para liberação de estresse e reposição energética físico-emocional. Também é utilizado frequentemente como ponto de encontro para assistir televisão e tomar cafezinho, oportunidade que aproveitam para desabafos pessoais e profissionais. Mesmo os funcionários que não se entendem ou têm conflitos entre si nos outros microambientes, procuram esse local para aliviar a tensão, e cada um procura parcerias por afinidades. Apenas alguns obstetras permanecem com a equipe de enfermagem na Sala de Lanche. E os estudantes raramente usufruem desse ambiente, utilizando-o apenas para tomar água, ou quando são convidados pela equipe de trabalho. Eis algumas expressões dos profissionais de saúde sobre essa questão:

A sala de lanche e o corredor aproximam a equipe, ajudam a descarregar o estresse das relações, durante 12 horas que ficamos aqui nesse ambiente fechado (Amor-Perfeito); Eu não tenho dúvidas que é o local mais procurado pelos funcionários para se refugiar da rotina das tarefas, dos gemidos das pacientes e da tensão das relações (Faraó);

É um ambiente em que a gente se encontra e se conhece melhor. Como obstetra, procuro integrar a equipe de enfermagem de plantão, pois me sinto responsável também em promover um plantão tranquilo e saudável. E esse espaço tem ajudado bastante, porque a gente se encontra pra fazer lanche, assistir televisão, desabafar, rir e se integrar mais (Cravo);

Mesmo que eu não me dê bem com o colega onde eu estou escalado ou com a enfermeira ou o médico, eu não deixo de conviver com eles aqui. Cada um fica na sua e a conversa que servir para todos a gente participa (Cristal);

A técnica chega à sala de lanche, irritada, nervosa, em tom agressivo: Hoje tá difícil com essa mulher gritando. Alguém me ajuda porque não tô suportando mais, eu não quero gritar com ela. Eu tô com os nervos à flor da pele. Os colegas olham para ela e não se manifestam. Ela retruca, alterando a voz: Alguém dá uma aliviada nessa barra. Uma trabalhadora falou: Pra quê? Eu não tenho paciência pra isso. Os médicos, os estudantes, estão lá fazendo o quê? Eles também são responsáveis. O nosso negócio é lá atrás. Fala

com a enfermeira. A técnica sai xingando: Vocês são é amigas-da-onça (Sala de lanche – Notas de Campo).

3.4 Conhecendo o processo final de trabalho dos profissionais de saúde do Centro Obstétrico

No **Corredor Interno**, finalizando 12 horas de trabalho, há o momento em que tudo termina e começa novamente no CO, com a **passagem de plantão**. As **equipes de enfermagem** dos plantões diurnos terminam as suas atividades laborativas no CO às 19h15, e as que trabalham à noite terminam às 7h15. Já os **obstetras finalizam as suas atividades**, também com a passagem de plantão, às 20h para o turno diurno e às 8h para o turno noturno.

Após a **passagem de plantão**, os trabalhadores de enfermagem se despedem sorrindo, animados, satisfeitos, desejando um bom plantão para quem está iniciando, ou saem cabisbaixos, mal-humorados, esgotados, indiferentes. Geralmente se dirigem até o banheiro, tiram a roupa específica do CO, tomam um banho e saem.

Para muitos trabalhadores, o processo de trabalho não termina com a passagem de plantão. Pelo que vivenciaram nas interações com os colegas de trabalho, estudantes e as clientes e os acompanhantes, enfrentando situações psicológica e emocionalmente difíceis, esse cotidiano se prolonga por mais tempo, dias ou até o próximo plantão, quando tudo começa de novo, o que é confirmado nas falas que seguem:

Quando eu saio do CO, que tiro essa roupa e abro aquela porta, eu sinto um alívio intenso que tu nem podes imaginar... Mas eu sinto muito medo da obstetria, eu adoro estar aqui. Mas cada parto é um parto e eu não relaxo em casa (Amor-Perfeito);
 Às vezes é assim: eu estou em casa e recebo um telefonema de uma amiga que está lá dentro sufocada, mas não é o estresse do trabalho, é das relações mesmo. Eu também já fiz isso, porque poucas pessoas pensam igual a gente. Então tu ligas pra casa da outra pra aliviar a tensão, porque basta alguém te ouvir, nem que seja pra te dizer que é assim mesmo. Ai dá pra respirar e agüentar trabalhando por mais seis horas (Violeta);
 Eu saio de lá, a situação ficou e o problema veio comigo. A questão de não poder ter autonomia completa lá dentro nas decisões assistenciais causa frustração, muita irritação. Parece que o meu trabalho não tem valor, não tem crédito, e eu vou pra casa e não consigo me relaxar do trabalho (Enfermeira – Notas de Campo);
 A sensação que eu tenho é que as relações no CO absorvem tanto que extrapolam a passagem de plantão. Eu me envolvo muito, me preocupo com a satisfação da cliente, com

o problema do funcionário. Então, essas coisas que vão acontecendo, esse movimento de jogos ocultos manifestados nas expressões dos funcionários, interferem muito na minha vida pessoal (Enfermeira – Notas de Campo);

Dependendo das relações, da equipe ou do obstetra que está de plantão, eu saio daqui um lixo, esgotada, sem energia, muito estressada, com dor no estômago; custo muito a me refazer em casa. Quando trabalho com a minha equipe e com determinados obstetras é maravilhoso; há a sensação de missão cumprida porque a gente se entende muito bem, é grupo mesmo (Liberdade);

O que a gente leva pra casa, que não dá prazer, um desgosto, é quando nasce um prematuro, nasce com desconforto respiratório, deprimido, com parada. Tu fica pensando: “Eu errei em alguma coisa? Podia ter feito cesária?” Isso dá um nó na cabeça, daí tu fica o dia inteiro, dois, três dias pensando naquilo. Nessa maternidade nem tanto porque a gente se alivia desses estresses conversando com várias pessoas, alunos, com as enfermeiras, colegas, mesmo que tu tenhas trabalhado a noite inteira. Se foi tudo bem, saio aliviado e menos cansado porque as nossas relações aqui no CO são boas; eu procuro fazer tudo certinho, mas gosto e procuro brincar, rir para descontrair e sair bem (Asdrúbal).

Para alguns trabalhadores, o CO dá prazer e alegria pela convivência com os colegas. Eles saem tranquilos e em harmonia pelas interações que foram estabelecidas, inclusive com as clientes e os acompanhantes, mesmo considerando a sobrecarga de trabalho.

Essa sensação de **finalizar o plantão** com percepções e sentimentos positivos ou negativos depende muito das pessoas com quem se trabalhou no plantão, principalmente das enfermeiras e dos obstetras, pois esses profissionais são os mediadores da dinâmica no CO, o que pode ser observado nas falas transcritas a seguir:

Se for a enfermeira [Fulana] ou o doutor [Beltrano] saio sorrindo, me despedindo, com aquela coisa do dever cumprido. Não somente eu, mas todos os colegas do nível médio sentem isso. Agora, quando trabalhamos com aquelas enfermeiras que não procuram se inteirar das situações e se integrar à equipe, se achando a tal, ou com os médicos pensando que estão com todo o poder só porque têm nível superior, saio daqui rancoroso, abatido, triste, brigado, cansado, estressado (Faraó);

Fazendo 12 horas numa equipe em que me sinto muito bem, pois a gente troca muitos papos lá de fora, vou pra casa satisfeita, mesmo cansada com a sobrecarga de trabalho daqueles dias tumultuados e agitados (Jasmim).

Existem ainda outros fatores de menor relevância que também contribuem para esses dois estados (positivo e negativo). Para o estado positivo, são mencionados pelos trabalhadores: poder contribuir com a cliente para que tenha um parto humanizado diferente do que a trabalhadora vivenciou com seus filhos; infringir ocultamente certas normas e rotinas em favor da humanização. E para o estado negativo: gritos de clientes e inquietações de alguns acompanhantes; “regalias” que as clientes têm nessa maternidade não permitidas em outra maternidade onde o trabalhador também presta serviço, como direito a acompanhante em todo o processo de parir-nascer, permissão para expressar seus sentimentos e angústias, como mostram as falas abaixo:

Incomoda cada vez que eu penso, até em casa, nas regalias que as enfermeiras dão para as pacientes porque tira a nossa autoridade. Na nossa época não era assim; aí se eu gritasse. E esses acompanhantes atrapalham muito. Na outra maternidade é bem melhor, não tem disso, não (Flor do Campo);

Eu até entendo, mas esses gritos das pacientes ficam nos ouvidos zunindo por muito tempo. Muitas vezes eu estou em casa, mas na minha cabeça eu ainda estou no hospital por causa disso (Rosa Vermelha);

Eu faço escondido com muito prazer, porque pra mim só colocar acompanhante aqui dentro não é humanização como a maioria fala. Eu vou pra casa satisfeita e aliviada quando transgredi uma regra ocultamente em favor da humanização de fato. Com algumas enfermeiras mais sensíveis eu não preciso fazer isso, é jogo aberto, há diálogo, é muito legal (Alegria).

4 A CONSTRUÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO CENTRO OBSTÉTRICO NA TEIA DAS INTERAÇÕES DO COTIDIANO DE TRABALHO

Da análise dos dados empíricos, segundo o movimento preconizado no Referencial e a complexidade das múltiplas interações que foram se estruturando no cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde, emergiram quatro temas relevantes para este estudo: 1) **o obstetra como referência para o plantão**; 2) **a chefia como referência para o CO**; 3) **a enfermeira como referência para o plantão**; e 4) **o grupo como uma unidade de trabalho**.

Esses temas emergentes são discutidos a partir da construção do **Diagrama Interacional**⁵, construído a partir da “análise reflexivo-intuitiva” sobre os dados levantados. Esse diagrama, pela sua simbologia foi denominado de “**Teia das Interações**”.

A análise dos dados, além de trazer aspectos que mostram possibilidades de serem transformados em favor da melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores de saúde do CO, poderá ser útil para a ampliação de novos conhecimentos sobre o tema e para a compreensão do cotidiano de trabalho de outros ambientes semelhantes ao deste estudo.

Portanto, nos itens subseqüentes apresento a análise dos dados empíricos a partir do **Diagrama Interacional**, revelando a **Teia das Interações** no trabalho do CO. Início apresentando como cheguei à construção da Teia das Interações no trabalho com suas **microteias interacionais** inter-relacionadas. A partir dessa teia, mostro como está a qualidade de vida dos trabalhadores promovida no cotidiano do CO, partindo das seguintes categorias: 1) **satisfação-prazer**, incluindo alegria, felicidade, tranquilidade e energia “positiva”; **insatisfação-desprazer**, incluindo descontentamento, tristeza, fadiga,

⁵ Diagrama interacional é a representação gráfica da simbologia da Teia das Interações no trabalho. Tem como finalidade apresentar a qualidade das interações dos profissionais de saúde deste estudo.

inquietação, estresse e energia “negativa”; 3) **respiradouros**⁶, que são momentos de relaxamento e de descontração.

4.1 A teia das interações do Centro Obstétrico: uma complexidade de “Aproximações” e “Conflitos”

As interações no CO são muito complexas e diversificadas, e os profissionais de saúde estão continuamente em transformação pelas trocas que fazem no cotidiano do CO e fora dele. Em um dado momento podem pensar e agir de uma maneira, e já num outro plantão encontrarem-se modificados, pela convivência com outras pessoas – outros obstetras, estudantes, neonatologistas, anestesiológista e outros clientes.

Dentro desse contexto múltiplo e heterogêneo, procurei estar sempre atenta para captar as particularidades das **equipes de trabalho** que se repetiam nas interações, observando os elementos mais destacados e os elementos novos que eram incorporados.

Acompanhando de perto como os trabalhadores de saúde **interagiam no ambiente**, pude perceber que, conforme eram estruturados os processos interacionais no plantão, os trabalhadores passavam a se “comportar” ou “reagir” diferentemente. Essa mudança na maneira de agir estava relacionada com o modo como era percebida e sentida pelos trabalhadores a **qualidade das interações**, promovidas, em grande medida, pelo profissional considerado referência no plantão.

A **Teia das Interações** mostra como os profissionais de saúde do CO se relacionam e qual o produto que emerge dessas interações.

Para mostrar graficamente a qualidade das interações na Teia das Interações, utilizei os **caracteres** do genograma interacional de Patrício (1990)⁷, denominados de **superaproximação; aproximação; distanciamento; e conflito**.

⁶ O termo respiradouro de autoria de Maffesoli (1984), foi retirado de Patrício (1995). Entende-se por respiradouro os momentos de relaxamento, de alívio, de liberação de energias e de tensões.

⁷ Caracteres são os elementos empregados na Teia das Interações que representam a maneira como os profissionais de saúde do CO se relacionam. Os caracteres foram extraídos do genograma interacional utilizado na dissertação de mestrado de Patrício (1990, p. 109), adaptado dos trabalhos de pesquisa de Elsen et al. (1987). São eles: a) superaproximação – são as interações estabelecidas entre os trabalhadores ou a equipe de trabalho que produzem muita afinidade, muita troca de conhecimentos pessoal-profissional e

A Teia das Interações traz, a partir das **microteias interacionais**, os quatro temas que emergiram neste estudo. Essas microteias nos mostram as interações no trabalho a partir do trabalhador considerado referência no CO, ou do grupo, quando a equipe é considerada referência no cotidiano de trabalho.

Ser referência para administrar as interações não foi algo imposto, mas natural, inconsciente e culturalmente estabelecido pela competência e formação profissional do trabalhador – **competência** no sentido de níveis de conhecimentos na saúde e de funções desempenhadas no CO.

Os **caracteres** empregados na Teia das Interações são aplicados nas **microteias interacionais** de maneira a mostrar as **interações não-lineares** (relação proximal, direta), com o tecimento do fio da teia em linha curvadas, e as **interações lineares** (relação formal, hierarquizada), com a sustentação em linha retas.

Essas interações não-lineares e lineares estão relacionadas ao como se processam as relações, sempre partindo do trabalhador hierarquicamente superior. Pode, ainda, haver mais de uma interação num mesmo fio da microteia. Por exemplo, usando os caracteres descritos e o modo de como interagir (linear ou não-linear), a enfermeira poderá, com um técnico de enfermagem, interagir não-linearmente com superaproximação e, com outro técnico, interagir com conflitos. Nas microteias interacionais, é encontrada uma gama de interações que permitem a percepção de como estava a **qualidade das interações** dos trabalhadores na ocasião do estudo de campo. Isso me alertou para a diversidade de relações que se encontram numa equipe ou num mesmo plantão.

Além das interações entre a própria equipe de trabalho do CO, encontram-se nas microteias interacionais outros indivíduos que participam dos processos interacionais do CO. São eles: anestesilogista, neonatologista, estudantes de várias disciplinas, visitantes e clientes, acompanhantes e recém-nascido.

Em cada microteia interacional encontram-se os processos interacionais no todo do CO e nos **microambientes de trabalho**, de forma inter-relacionada e interdependente. Os

cultural; b) aproximação - são as interações estabelecidas entre os trabalhadores ou a equipe de trabalho que produzem afinidade, trocas de conhecimento pessoal-profissional e cultural. Podem surgir certas divergências de pensamentos que não chegam a interferir na interação dos trabalhadores, e as diferenças são vistas com respeito e tolerância; c) distanciamento - são as interações estabelecidas entre os trabalhadores ou a equipe de trabalho que produzem o trabalho individual com divergência de pensamentos e atitudes. Há também respeito e tolerância, mas cada trabalhador assume a sua responsabilidade; d) conflito - são as interações estabelecidas entre os trabalhadores ou a equipe de trabalho que produzem, além do distanciamento, insatisfação-desprazer e desencontros de opiniões, ações e interesses individuais.

relacionamentos que emergiram na dinâmica geral do CO influenciaram nas interações nos microambientes, assim como as relações que emergiram nos microambientes influenciaram na dinâmica geral do CO.

Os temas que ora apresento (mostrados na teia das interações) emergiram da análise reflexivo-intuitiva do **processo interacional** do cotidiano no CO. No processo interacional percebe-se que os trabalhadores, para sobreviverem em seu **ambiente de trabalho**, tanto por interesse pessoal quanto profissional, utilizam-se de **lideranças instituídas** democraticamente, legitimadas pelo conhecimento, ou de **lideranças paralelas**, que se formam obscuramente entre as equipes.

Assim, o CO passa a ter várias lideranças, que são referências em cada equipe e em cada função. Essas lideranças, na sua maioria, não são confluentes e se tornam rivais.

Pelo que foi possível perceber, existem, pelo menos, cinco tipos de liderança:

- 1) Chefia da unidade, instituída democraticamente, responsável pelo CO;
- 2) Enfermeiras, responsáveis pela assistência e pelos trabalhadores de enfermagem que estão de plantão;
- 3) Técnicos/auxiliares, com liderança paralela, entre eles próprios;
- 4) Enfermeiras e técnicos/auxiliares, numa liderança paralela, havendo grupos que apoiam a chefia do CO e outros que mantêm resistência a determinadas orientações da chefia do CO;
- 5) Obstetras, com uma liderança pelo conhecimento, soberana sobre as demais lideranças.

Os dados analisados mostram que a **promoção da qualidade das interações no trabalho** depende das **lideranças do profissional-referência** no cotidiano de trabalho – obstetras, enfermeiras e chefia.

Essas lideranças estão continuamente influenciando nas interações do cotidiano de trabalho, quer seja compartilhando conhecimento, afetividade, integração e cooperação, quer seja mantendo resistência e buscando interesses individuais ou interesses do grupo que se forma a partir da liderança. Elas produzem interações de **satisfação-prazer** de “autonomia”, “envolvimento”, “cumplicidade”, “liberdade de expressão” e “coleguismo”, mas também produzem interações de **insatisfação-desprazer** de “descontentamento”, “fofoca”, “atrito”, “conflito”, “manipulação” e “jogo de interesse”.

Contextualizando os processos interacionais pelas lideranças, encontrei no cotidiano de trabalho do CO **três tipos de interações** (encontros) no trabalho:

1) **Interação obrigatória:** é a interação em que o trabalhador necessariamente precisa interagir com o colega ou a equipe. Está relacionada especificamente aos assuntos de trabalho do cotidiano do CO. Na maioria das vezes, as interações obrigatórias são geradas a partir do obstetra ou da enfermeira, principalmente dos obstetras sobre as enfermeiras e das enfermeiras sobre os técnicos/auxiliares, obedecendo a uma escala hierárquica, pelo conhecimento;

2) **Interação de motivação particular:** é a interação intencional em que o trabalhador se aproxima de um outro trabalhador ou da equipe para dialogar assuntos de seu interesse, tanto pessoais como profissionais;

3) **Interação espontânea:** é a interação em que o trabalhador, casualmente (sem intencionalidade), se encontra com outro colega ou a equipe e conversa espontaneamente sobre assuntos pessoais e/ou profissionais.

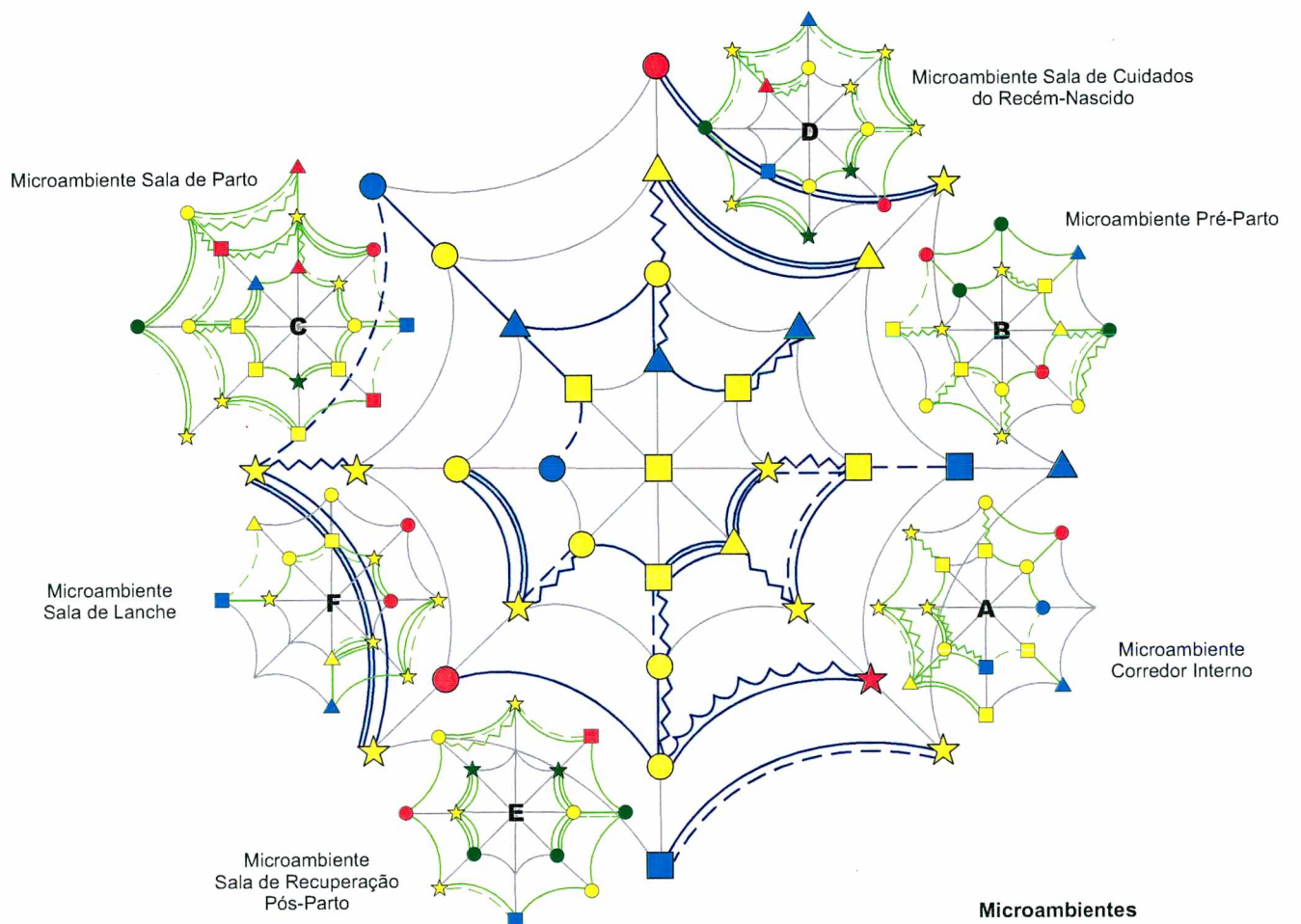
A partir dos tipos de interações que foram emergindo, passei a compreender melhor a qualidade das interações, ao mesmo tempo que as ia relacionando com a qualidade de vida dos trabalhadores promovida no trabalho.

Com a fragmentação das equipes de trabalhos do CO, as interações no trabalho são representadas na Teia das Interações no Trabalho pelas microteias interacionais.

O diagrama que segue (Figura 1 – **Microteia Interacional 1**) mostra a qualidade das interações quando a referência para o CO é o obstetra:

MICROTEIA INTERACIONAL 1

O Obstetra como Referência no Plantão



- ▲ Chefia
- Obstetras
- Enfermeiros
- ★ Técnicos/Auxiliares de Enfermagem
- Cliente/Acompanhante
- ★ Recém-nascido
- ▲ Estudantes de Medicina
- Estudantes de Enfermagem
- Outros Estudantes/Visitantes
- ▲ Neonatologista
- Anestesiologista
- Auxiliares de Limpeza
- ★ Trabalhadores de Apoio (manutenção e laboratório)

Microambientes

- A** Corredor Interno
- B** Sala de Pré-Parto
- C** Sala de Parto
- D** Sala de Cuidados do Recém-Nascido
- E** Sala de Recuperação Pós-Parto
- F** Sala de Lanche

Interações Não-Lineares

- Aproximação
- == Muita Aproximação
- - Distanciamento
- ~ Conflito

Interações Lineares



A **microteia interacional 1** revela o trabalhador **obstetra** como personagem principal no desenvolvimento do processo interacional de trabalho do CO. É a partir dele que se desencadeiam as interações entre os trabalhadores e a prestação de serviço às clientes e aos acompanhantes.

Pode-se observar nessa microteia interacional que, nos plantões em que o obstetra assume a função centralizadora e decisória da dinâmica do CO, as interações – tanto as lineares quanto as não-lineares – no trabalho apresentam-se muito diversificadas. Essa microteia mostra vários pontos de **conflitos** entre os profissionais de saúde.

As **interações lineares** são de poder do obstetra sobre a equipe de enfermagem. Nesse caso, encontra-se duas situações bem distintas.

Na **primeira situação**, ocorrem as **interações obrigatórias**, ou seja, as interações que se processam numa relação de decisões e ordens a partir do obstetra-referência. Esse modo de se relacionar promove uma **aproximação** nos casos em que as enfermeiras e os técnicos/auxiliares concordam (ou aceitam) essa situação. O que percebi é que alguns trabalhadores acreditam que é assim que se estruturam as relações, pela competência profissional do obstetra.

Nessa situação, encontra-se acomodação e alienação dos trabalhadores de enfermagem, e há uma tendência para o desenvolvimento do processo de trabalho de maneira individual. Os trabalhadores, não se sentindo como uma equipe, não têm a responsabilidade de se envolver na **promoção da qualidade das interações**.

Como coloca Bem-Me-Quer, quando é o obstetra que assume a “frente do trabalho, é menos prazeroso trabalhar, pela sua postura de imposição”, e a exigência de “envolvimento e comprometimento do grupo nas interações é bem menor, ou não existe”.

Mesmo que algumas enfermeiras, na condição de responsáveis pela equipe de enfermagem, busquem promover uma interação grupal, elas não conseguem porque os trabalhadores técnicos/auxiliares não a concebem como tal, diante do poder médico.

A divergência entre o poder do médico e a tentativa da enfermeira de buscar uma interação em equipe no trabalho tem desencadeado nessa microteia interacional pontos de **conflito** entre os trabalhadores de enfermagem.

Mas algumas enfermeiras também têm a postura de não questionarem o poder médico, para não se “incomodarem, porque já têm outros problemas pessoais e de outros empregos para serem resolvidos” (Cristal). Essa postura da enfermeira tem gerado nos técnicos/auxiliares **superaproximação** ou **aproximação** entre aqueles que concordam com o obstetra e **conflito** e **distanciamento** entre aqueles que gostariam de ver o processo relacional “equilibrado”, “diferente”.

Os desencontros nas interações têm provocado em alguns trabalhadores **insatisfação-desprazer** como revolta, apatia, indiferença, desmotivação, individualismo e o não- envolvimento com a equipe, ao mesmo tempo que tem promovido em outros trabalhadores **satisfação-prazer** pelo convívio saudável com o grupinho alienado à situação.

Na **segunda situação de relações lineares** de poder do obstetra sobre a equipe de enfermagem, a postura profissional do obstetra se mantém igual à da primeira situação. Mas as enfermeiras e/ou os técnicos/auxiliares resistem, gerando **conflito** – quando discordam, discutem e não aceitam as regras impostas – ou gerando **distanciamento** – quando não concordam mas não querem discutir para evitar maiores atritos nas interações no trabalho.

Assim, não existe uma ética profissional que norteie a equipe de trabalho. Os trabalhadores passam a formar grupinhos por afinidades, criando **lideranças paralelas**. E essa divisão em grupinhos contra ou a favor da maneira de coordenar o trabalho desencadeia uma série de reações e de desencontros na comunicação entre os trabalhadores. É freqüente encontrar, nesse movimento interacional, **insatisfação-desprazer** como intolerância, atritos relacionais, inquietação, descontentamentos e grupinhos se confrontando.

As **interações não-lineares** são percebidas entre obstetras e alguns trabalhadores – sejam enfermeiras, sejam técnicos/auxiliares – pela própria empatia ou consideração

pessoal e profissional pelos obstetras, mesmo que o seu poder pelo conhecimento seja mantido. Esse poder não chega a gerar atritos nas relações, e os trabalhadores mantêm **superaproximação**, **aproximação** ou **distanciamento**. O que se encontra são alguns pontos de **conflito** ou **distanciamento** nas interações entre os próprios trabalhadores de enfermagem, provocados pela divergência entre aqueles que têm “empatia” e “amizade” com os obstetras e os que não têm.

No microambiente Sala de Parto, o **conflito** ou o **distanciamento** que existe entre os profissionais de saúde, no momento em que o parto está acontecendo, é substituído por interações de **aproximação**, dada a situação que estão vivenciando. Nesse momento, as **relações lineares e não-lineares** são vistas como necessárias para o “bom desempenho” do processo de trabalho da equipe. Os trabalhadores esquecem a **insatisfação-desprazer** de atritos e descontentamentos e passam a compartilhar coletivamente com o casal o sucesso do nascimento com muita **satisfação-prazer**.

Nos microambientes Sala de Parto Cesariana e Sala de Cuidados Imediatos do Recém-Nascido, a equipe de enfermagem, em muitas ocasiões, convive com interações de poder dos médicos anestesiológicos e neonatologistas. No CO, eles são profissionais de apoio e, quando solicitados, alguns deles tentam impor o seu referencial de trabalho, gerando **conflito**.

A equipe de trabalho de enfermagem convive também com relações conflituosas provocadas pela interação com alguns estudantes de medicina. Pela própria formação acadêmica desses estudantes, e tendo o médico como referência no plantão, eles impõem também o seu poder – de estudantes sobre a equipe de enfermagem, apoiados pelos obstetras que mantêm esse tipo de relação:

A maioria deles se sentem chegando e sabendo mais do que a enfermeira obstétrica que está trabalhando. Como eu vejo o aluno: passa pelo respeito do profissional obstetra que está ali; ele pode até não respeitar, mas se o obstetra tem uma relação de respeito, eles também mantêm (Violeta);

Os estudantes de medicina têm muita abertura aqui dentro, pois os obstetras deixam uma brecha e eles fazem o que querem aqui, encontros, reuniões, bafafá, dá muito tititi nesse corredor, tumultuando o nosso trabalho e as nossas relações (Sentinela).

Para a maioria das enfermeiras, o obstetra, regra geral, tendo legitimado culturalmente o poder pelo conhecimento, influencia consideravelmente nos processos interacionais no trabalho. Contudo, a maioria deles não tem a consciência de que o seu

poder poderá contribuir para a promoção da qualidade das interações no CO, ou seja, transformar as interações de **insatisfação-desprazer** em **satisfação-prazer**.

Sobre o obstetra como referência no plantão, a equipe de enfermagem tem duas opiniões, quais sejam:

- 1) são poucos os obstetras que interagem linearmente. Mas aqueles que assim interagem são de difícil convívio, pela postura radical e rígida de administrar as interações no trabalho (ordenando, exigindo, impondo, cobrando), o que tem gerado **insatisfação-desprazer** de descontentamento, revolta, confronto, estresse, fadiga e “desenergização do ambiente e dos trabalhadores”;
- 2) com a maioria dos obstetras a relação é não-linear. Existem muitas diferenças de referenciais e posturas profissionais, mas os obstetras mantêm um relacionamento de **distanciamento** e de respeito. As interações têm, assim, um caráter de indiferença com o ambiente e com os colegas e clientes e seus acompanhantes ou de **satisfação-prazer** pelo trabalho individualizado que cada trabalhador passa a desenvolver.

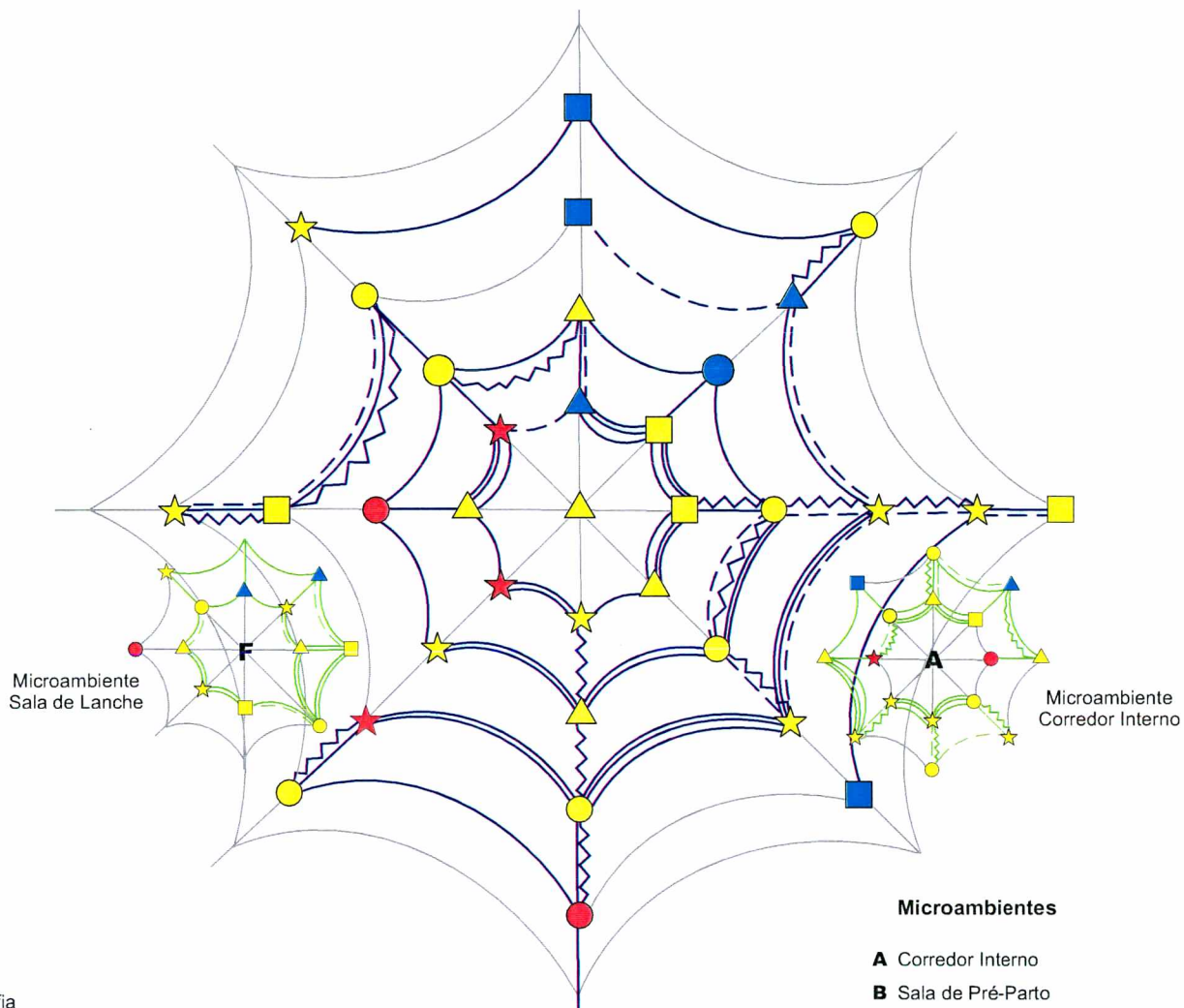
Segundo Liberdade, são poucos os obstetras que se encontram nessa microteia interacional:

Eu diria que com a maioria dos obstetras a relação é relativamente fácil e prazerosa porque a gente já se conhece, eles sabem do nosso trabalho e a gente conhece o deles. Mesmo tendo divergências, não acreditando nas mesmas coisas, o convívio é de valorização e de respeito; todos estão buscando desenvolver a humanização do atendimento da sua maneira. Com outros obstetras é extremamente difícil e desagradável. As energias não batem, mas são poucos. Tem obstetras grosseiros com as pacientes, com os profissionais, passam por cima de todo mundo, não te respeitam, não te valorizam, acham que eles têm que mandar e a enfermagem e os clientes obedecer.

A Figura 2 – **Microteia Interacional 2** – mostra a qualidade das interações quando a referência para o CO é a chefia da unidade:

MICROTEIA INTERACIONAL 2

A Chefia como Referência do Centro Obstétrico



- ▲ Chefia
- Obstetras
- Enfermeiros
- ★ Técnicos/Auxiliares de Enfermagem
- Cliente/Acompanhante
- ★ Recém-nascido
- ▲ Estudantes de Medicina
- Estudantes de Enfermagem
- Outros Estudantes/Visitantes
- ▲ Neonatologista
- Anestesiologista
- Auxiliares de Limpeza
- ★ Trabalhadores de Apoio (manutenção e laboratório)

Microambientes

- A** Corredor Interno
- B** Sala de Pré-Parto
- C** Sala de Parto
- D** Sala de Cuidados do Recém-Nascido
- E** Sala de Recuperação Pós-Parto
- F** Sala de Lanche

Interações Não-Lineares

- Aproximação
- Muita Aproximação
- - Distanciamento
- ~ Conflito

Interações Lineares



Na **microteia interacional** em que a **chefia é a referência do CO**, pode-se observar que esta se desenvolve somente na dinâmica do CO em sua totalidade. Nos **microambientes**, geralmente, é a enfermeira assistencial a responsável pelas atividades práticas. Quando a chefia assume esta função, ela passa a ser considerada, neste estudo, como enfermeira assistencial, passando a fazer parte de uma das microteias 3 ou 4.

Analisando-se a microteia 2, são percebidas duas situações bem distintas: 1) a maioria das **interações lineares** entre chefia e enfermeiras e entre chefia e técnicos/auxiliares de enfermagem é permeada por **conflitos**; 2) a maioria das **interações não-lineares** entre chefia e enfermeiras e entre chefia e técnicos/auxiliares de enfermagem é permeada por **aproximação** ou por **superaproximação**.

Os componentes de **insatisfação-desprazer** – descontentamento, silêncio, “confronto”, tristezas e “revoltas” – emergem nos processos interacionais pelas divergências significativas que trabalhadores de enfermagem têm entre si, decorrentes das diferentes percepções e sentimentos que eles têm em relação ao modo como a chefia promove as interações e conduz a dinâmica do CO. Na maioria das equipes de enfermagem, essas divergências têm favorecido a formação de “grupinhos”.

Na microteia interacional 2 percebe-se que os trabalhadores de enfermagem se dividem em três grupos: 1) um grupo de trabalhadores de enfermagem que apóiam a maneira como a chefia administra as interações; 2) um grupo de trabalhadores de enfermagem que discordam da maneira como é feita a gerência do CO; 3) um grupo de trabalhadores de enfermagem que não se manifestam, nem a favor e nem contra.

Os trabalhadores de enfermagem que se manifestam, publicamente ou em grupinhos, a favor de como é coordenado o CO continuamente apóiam e elogiam a chefia em sua maneira “enérgica e decidida de impor as regras no CO e de fazer cumpri-las”.

Segundo Amor-Perfeito, Grama e Sempre-Viva, a maioria dos trabalhadores que apóiam a chefia se “identifica com a postura profissional e o referencial que ela utiliza para gerenciar o CO e se relacionar com os funcionários”. Para alguns trabalhadores de enfermagem, a chefia tem suportado com dignidade muita **insatisfação-desprazer** de desafios e conflitos desencadeados pela fragmentação dos trabalhadores de enfermagem por ocasião do processo eleitoral para a chefia do CO.

Por outro lado, encontram-se trabalhadores de enfermagem expressando que os “trabalhadores que têm amizade e empatia pela chefia costumam ser transmissores das

situações vivenciadas cotidianamente nas interações no trabalho”, principalmente daqueles “momentos” ou eventos “conflituosos” em que a gerência encontra-se ausente. Em contrapartida, alguns trabalhadores de enfermagem mencionam certas “regalias” que eles têm em relação a outros trabalhadores por causa da liberdade de **aproximação** ou **superaproximação** com a chefia. Essas “regalias” – que para alguns trabalhadores é motivo de **satisfação-prazer** e para outros que não “desfrutam” é motivo de **insatisfação-desprazer** – são traduzidas por folgas quando o trabalhador precisa, tomada de decisões em alguns aspectos e liberdade para falar sobre as atitudes de algumas enfermeiras e de alguns técnicos/auxiliares que não estão colaborando para manter o CO conforme as normas e rotinas estabelecidas.

Os trabalhadores de enfermagem que manifestam publicamente os seus sentimentos de descontentamento pela visão diferenciada de como percebe o processo interacional administrado pela chefia são vistos, por esta e por alguns colegas de trabalho que a apóiam, como “subversivos”, geradores de “intrigas e conflitos”.

Esses trabalhadores são desconsiderados profissionalmente por muitos colegas “porque estão querendo passar por cima da chefia”. Às vezes acontece o “ficar de mal” entre os trabalhadores que são “contra e os que são a favor da chefia”.

Alguns trabalhadores inclusive expressam interações baseadas em **insatisfação-desprazer** de “punições” pela gerência, a partir do poder legitimado pelo cargo que ocupa.

As punições vão desde a suspensão de folgas até a troca do seu horário de trabalho quando for conveniente para o setor ou para favorecer outro trabalhador, sem respeitar compromissos que o trabalhador já assumiu fora do CO (Liberdade).

O terceiro grupo de trabalhadores de enfermagem prefere não se manifestar. A razão desse silêncio se deve ao fato de que, mesmo discordando parcialmente da postura profissional da gerência em alguns aspectos, esses trabalhadores têm receio de que a sua manifestação coloque em risco a amizade com a chefia, e de que possam ser interpretados como mais um trabalhador que está contra ela. O fato de eles não se manifestarem publicamente, o “favor ou contra a chefia”, evita interações de atrito, de confronto e de conflitos provocados pelas diferenças de opinião.

Percebi que a chefia como referência do CO tem gerado percepções e sentimentos divergentes nos trabalhadores de enfermagem, o que resulta basicamente na formação de grupinhos contra e a favor da chefia. Essas divergências já existiam desde a abertura do CO, mas a **insatisfação-desprazer** se acentuaram com o processo eleitoral e a reeleição da chefia.

É possível observar que para muitos trabalhadores, como Alegria, Bem-Me-Quer, Cristal, Fadinha Azul, Saudade e Tulipa, as interações com a chefia acontecem mediante o contato formal e com **distanciamento**. Tal contato é mantido para evitar o “confronto” com a chefia e com os colegas de trabalho que defendem sem reflexão a forma como as relações no CO estão estruturadas. Os trabalhadores citados neste parágrafo acreditam, ainda, que a equipe de saúde do CO não tem perspectiva de transcendência, porque a **insatisfação-desprazer** se encontra “consolidada no jogo de interesses individuais, no jogo duplo, no uso de máscaras, na manipulação do poder legitimado e do poder paralelo, nas intrigas e na falsidade”.

A acomodação desses trabalhadores em deixar a situação como está se deve ao fato de que, além de não acreditarem muito na promoção da qualidade das interações, porque essa situação já se tornou crônica, eles não teriam tempo disponível para se envolver numa reflexão coletiva de avaliação do CO e propor mudanças.

É possível perceber muita **insatisfação-desprazer** entre os trabalhadores de enfermagem nessa microteia interacional. Esses sussurros estão relacionados principalmente à falta de sensibilidade e flexibilidade em conduzir os processos relacionais; ao jogo duplo; à manipulação pelo poder instituído; à exclusão dos trabalhadores de enfermagem que acreditam num trabalho diferente e verbalizam suas percepções e sentimentos acerca da gerência propondo mudanças; e ao conflito relacional provocado pela manutenção dos atritos advindos do confronto entre os que defendem e os que não concordam com determinadas atitudes e posturas da chefia.

Os conflitos, desencontros e confrontos contínuos no CO têm provocado um desgaste nas relações de alguns trabalhadores de enfermagem a ponto de, maioria dos plantões, não terem mais ética pessoal e profissional, respeito e tolerância em relação às diferenças pessoais, como mostram as falas transcritas a seguir:

O que mais me magoa é a gente querer se desenvolver, ter potencial para tal e ouvir a seguinte frase da chefia: “Não interessa do que és capaz, e sim do que te compete”. Aqui vai muito pela empatia. As pessoas que verbalizam o que sentem, se não for do agrado dela, é como se fosse contra ela. Torna-se muito difícil e ficamos receosos pelo que vamos ter que enfrentar com isso (Boca de Leão);

Como para os funcionários técnicos/auxiliares a referência deles não é a enfermeira do plantão, fica confuso o trabalho, pois eles passam por cima da nossa autoridade de enfermeira assistencial. E, ao mesmo tempo, somos cobradas pela chefia para avaliar o funcionário. Eles passam os problemas direto pra chefia do setor, é mala direta. A enfermeira fica alheia ao processo de decisão, e ao mesmo tempo ela é chamada pra assumir responsabilidades, como orientar funcionários, supervisionar, resolver os problemas de assistência, conduzir o trabalho, dar um jeito naqueles ditos problemas. Mas quando ocorre um problema real, não vêm a enfermeira da assistência como referência, e sim a chefia porque eles sabem quem lida com o poder (Violeta);

Que poder é esse que ela tem de prejudicar tanto as outras pessoas, e fica tudo uma maravilha. Ela te pisa, te machuca, ela vai lá, coloca uma faca na tua barriga, fica te

cutucando, e está passando a mão no teu ombro, como se nada fosse nada, para que as outras pessoas acharem que ela é ótima, que ela é maravilhosa [...]. Eu não compactuo com certas atitudes desumanas e de poder. E é o sentimento de alguns profissionais também. Não somos aliadas, então incomodamos, e por isso somos punidas pela relação de poder [...] Tipo assim: ela me tira das 12 horas e me bota pra 6 horas sem um diálogo sobre o porquê dessa conduta. Eu também me organizo lá fora e acaba com tudo. Ela vive jogando uma pessoa contra outra, fala mal de um pro outro. Se um funcionário faz um comentário do outro, ela vai e diz pra ele que o fulano comentou. Enquanto chefia, ao invés dela cortar as arestas fazendo com que o trabalho crescesse, progredisse, as pessoas parassem com os fuxicos, ao contrário, ela incentiva [...]. É uma coisa de destruição: “Ó! a tua avaliação de técnico foi péssima porque tal enfermeira falou isso de ti, e isso na reunião das enfermeiras a gente vai te avaliar”. É jogo dela, imagina como fica no outro dia quando deres um plantão com esse técnico (Liberdade);

Eu gosto muito da forma como a chefia interage com a gente. É decidida, é enérgica, sabe impor respeito. Eu me identifico muito com ela (Amor-Perfeito);

Nessa microteia interacional, os únicos microambientes destacados são o Corredor Interno – onde a maioria dos eventos interacionais entre a chefia e os trabalhadores de enfermagem ocorrem – e a Sala de Lanche. Os demais microambientes não aparecem porque, na condição de gerente do CO, a chefia, quando atua diretamente no processo de trabalho nesses microambientes, como já foi pontuado, passa a ser considerada enfermeira assistencial.

Quanto aos **obstetras**, eles se encontram numa posição de **interação não-linear** com a chefia, e a maioria dos obstetras mantém uma relação de **aproximação** e de **superaproximação**. Em alguns casos encontramos interações de **distanciamento** entre chefia e obstetras. As razões que levam a esse distanciamento são: 1) o não-envolvimento de alguns obstetras com os processos interacionais entre a chefia e a equipe de enfermagem; 2) distanciamento de obstetras que acreditam em estratégias mais flexíveis e transformadoras de gerenciar os processos interacionais e a equipe de enfermagem, mas que não se envolvem para evitar maiores conflitos; 3) a falta de contato direto entre a chefia e os obstetras que trabalham em plantões noturnos e fins de semana.

Algumas expressões dos obstetras traduzem o motivo das interações que se estabelecem entre eles e a chefia do CO:

A minha relação com a enfermeira-chefe é de grande respeito; eu admiro como ela conduz aquilo lá, como eu tenho certeza que ela admira como eu conduzo o trabalho de parto(P);

Eu sou a favor da [Fulana]; os funcionários têm que aceitar que o serviço tem uma chefia pra comandar e eles têm que obedecer ao que ela determina (Obstetra – Notas de Campo).

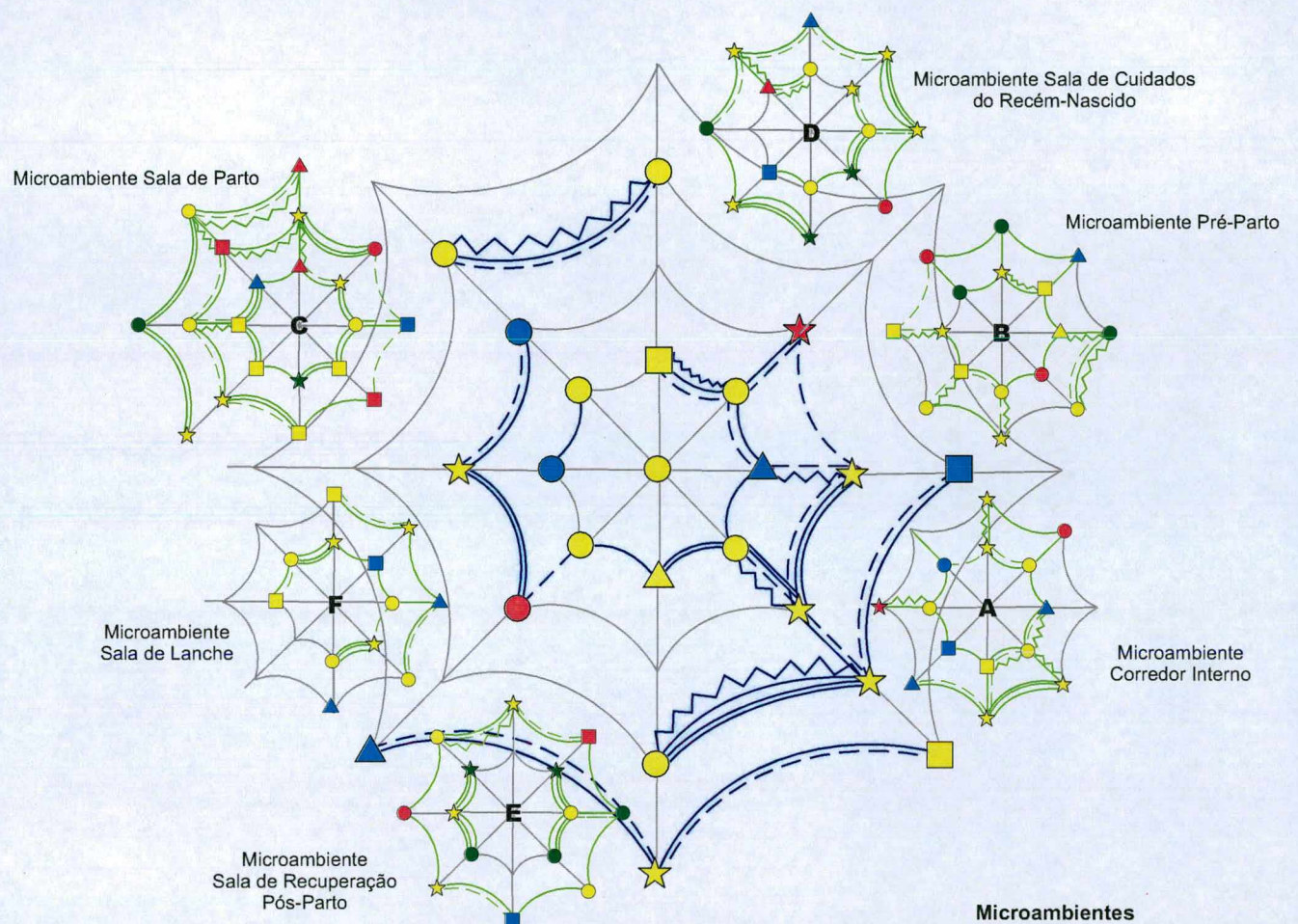
Ela poderia usar maneiras mais coerentes para aproximar os trabalhadores. Certas atitudes que ela toma refletem nas interações de todos nós e acaba interferindo na assistência prestada (Obstetra – Notas de Campo);

Eu prefiro não me envolver. Vou lá, faço o meu plantão e nem noto muito a chefia, inclusive quase sempre estou à noite (Sentinela).

A Figura 3 – **Microteia Interacional 3** – mostra a qualidade das interações quando a referência para o CO é a enfermeira:

MICROTEIA INTERACIONAL 3

A Enfermeira como Referência no Plantão



- ▲ Chefia
- Obstetras
- Enfermeiros
- ★ Técnicos/Auxiliares de Enfermagem
- Cliente/Acompanhante
- ★ Recém-nascido
- ▲ Estudantes de Medicina
- Estudantes de Enfermagem
- Outros Estudantes/Visitantes
- ▲ Neonatologista
- Anestesiologista
- Auxiliares de Limpeza
- ★ Trabalhadores de Apoio (manutenção e laboratório)

Microambientes

- A** Corredor Interno
- B** Sala de Pré-Parto
- C** Sala de Parto
- D** Sala de Cuidados do Recém-Nascido
- E** Sala de Recuperação Pós-Parto
- F** Sala de Lanche

Interações Não-Lineares

- Aproximação
- Muita Aproximação
- - - Distanciamento
- ~ Conflito

Interações Lineares



A microteia interacional onde a enfermeira se encontra como **referência no plantão** é tecida de três maneiras.

No primeiro caso, o obstetra tem uma postura profissional de **distanciamento**, de não-envolvimento ou não-comprometimento com a qualidade das interações. Assumindo unicamente a sua função obstétrica, ele mantém uma interação profissional formal com a equipe de enfermagem, sem interferir na dinâmica do CO. Assim, a enfermeira passa, automaticamente, a ser referência para a equipe de trabalho.

No segundo caso, em que os obstetras não são fixos na mesma equipe de enfermagem, a enfermeira, com o mesmo grau de instrução do obstetra, coloca-se como referência para a equipe de trabalho. Pela própria formação profissional, a enfermeira é a responsável pela gerência de enfermagem, tanto na função assistencial quanto na administrativa dos serviços de enfermagem e ou de saúde. Mesmo alguns obstetras, não concordando com a situação “imposta”, acabam “cedendo” ou convivendo com a idéia de a enfermeira ser a principal personagem, a referência no plantão. Isso tem causado **insatisfação-desprazer** como atritos, confrontos, desencontros de opinião e condutas que são perceptíveis nas **interações de conflito** ou de **distanciamento** entre eles e com os demais trabalhadores técnicos/auxiliares.

Melodia relata que o problema principal de conflito ou de distanciamento entre eles não está no fato de a enfermeira “desempenhar esse papel de referência, porque a enfermeira tem essa função de mediadora entre a medicina, os clientes e os técnicos de enfermagem”, mas está no “modo como ela pratica esse papel”.

É unanimidade entre os obstetras que, na maioria dos plantões, a enfermeira exerce função centralizadora nas interações do cotidiano do CO. A fluidez do trabalho e das relações depende da enfermeira. Assim também a **superaproximação**, a **aproximação**, o **conflito** ou o **distanciamento** entre enfermeiras e demais profissionais – obstetras e técnicos/auxiliares de enfermagem – dependem de como a enfermeira promove a mediação entre todos os trabalhadores. Girassol relata o seguinte:

A enfermagem depende exclusivamente da enfermeira que está de plantão. Pois é ela quem geralmente puxa o trabalho. Se a enfermeira que estiver de plantão for daquela que agiliza e aproxima as pessoas, o trabalho flui com tranquilidade. E tem aquelas que ficam chateadas quando tem mais serviço e as coisas normalmente vão complicando e emperrando, tornando-se bem mais complicado.

No terceiro caso, pelas características de prestação de serviço do CO, o obstetra interage permanentemente com a enfermeira e com os técnicos/auxiliares de enfermagem.

O que observei nessa situação são relações **não-lineares** de **conflitos** gerados pela convivência diária num mesmo espaço. Como ambos os profissionais necessariamente precisam trocar informações interagindo conjuntamente no desenvolvimento do processo de trabalho, eles precisam superar muita **insatisfação-desprazer** – intolerância, inquietação, poder, entre outros – desencadeadas pelas interações conflituosas, para que o trabalho consiga ser desenvolvido com um mínimo de qualidade.

A estratégia que algumas enfermeiras e obstetras utilizam “para sobreviverem às interações de conflito, normalmente, tem sido através do confronto, na briga pelo espaço e pelo poder” (Melodia).

Alguns **obstetras** comentam que, como eles não estão sempre trabalhando com a mesma equipe de enfermagem, é possível perceber e sentir a dificuldade que algumas enfermeiras têm de manter uma interação de **aproximação** com a medicina despojada de preconceitos de quem é referência no CO. Como é cultural e legitimado o médico manter o poder pelo conhecimento e pela autonomia que tem, geralmente o que se encontra no CO é uma competitividade desse profissional com a enfermeira. Mesmo não sendo explicitada tal competição, ela é sentida nos processos interacionais. Enquanto houver conflito pelo poder, as equipes não avançam juntas na direção daquilo que tanto o CO almeja: trabalhar pensando coletivamente na humanização do atendimento e compartilhar os momentos de **satisfação-prazer** que o próprio trabalho oferece, principalmente por ocasião do parto.

Para P, assim como para muitos outros obstetras, a

enfermeira é o centro das relações, porque o obstetra está na Triagem, no Alojamento Conjunto e no CO. A enfermeira é a coordenadora daquilo ali. Então, ela tem que ser imparcial, motivadora. É ela que tem que ser trabalhada primeiramente para conduzir a equipe, para dar essa motivação. O obstetra praticamente se conduz, mas a equipe de trabalho quem conduz é a enfermeira. Às vezes eu acho que nem estimulada para o trabalho ela está. Como vai, então, coordenar o CO, influenciar no envolvimento da equipe com responsabilidade, para tentar conduzir as relações mais tranquilas, comprometidas e com prazer. É a coisa que mais me angustia, quando eu vejo uma enfermeira que não está disposta para isso. Eu sou uma pessoa que tenho uma relação muito boa. Nem com todas, com duas eu mantenho relações muito profissionais, com a maioria eu me entendo bem, com algumas a gente mantém contato profissional de respeito. Eu acredito que as enfermeiras que têm dificuldades de tocar o trabalho, de promover o relacionamento, têm que se trabalhar mais. Precisam entender que não é uma disputa de espaço, eu não faço questão de administrar o CO, não é a minha área. A minha função é de condução da paciente, e a função técnica é da enfermagem. É a enfermeira quem coordena o serviço. Isso pode ser feito sem disputa de espaço.

Para alguns obstetras, o **conflito** entre a equipe de saúde é exacerbado porque existem médicos que ainda não se acostumaram a interagir diariamente com enfermeiras

que, assumindo com competência a sua função, estão sempre dialogando, refletindo e decidindo com os médicos sobre a condução do trabalho. Algumas falas mostram esse aspecto:

Não é que as enfermeiras mandam, é que aqui elas são organizadas, ocupam o seu devido espaço. Sabendo disso, o médico, de uma forma geral, se sente agredido. Porque ele sempre foi o dono do saber, e ele se acha o dono do plantão, eles são os donos do hospital. E aqui nós temos enfermeiras obstetras, que fazem parto, que participam de toda a atividade da Sala de Parto, e do melhor atendimento das pacientes. Tem profissionais que não estão preparados para isso, se sentem agredidos, de disputa de espaço. Não é regra geral, mas tem alguns obstetras em que isso é bem nítido. Essas questõezinhas que parecem sem importância inferem e muito nos relacionamentos dentro do CO, pela própria antipatia gerada no plantão. E entre elas próprias eu também sinto isso, no caso de se sentir invadidas, de uma querer estar ocupando o seu espaço, entre as enfermeiras. O que a gente observa, às vezes, são algumas rixas entre as próprias enfermeiras sendo percebidas pelos profissionais (Cravo).

A maior **insatisfação-desprazer** de conflitos é percebida nos processos interacionais entre as próprias enfermeiras. As interações são **não-lineares**, apoiadas muito mais com **conflito** e **distanciamento** do que com **aproximação** e **superaproximação**.

A interação com **conflito** está pautada, principalmente, nas **divergências de referenciais** entre as enfermeiras, nos atritos provocados pelas posturas de “apoio” e de “resistência” à maneira como o CO é gerenciado, na luta pelo espaço e poder e nos interesses individuais.

Esses conflitos têm gerado nas enfermeiras **distanciamento** e **aproximação**: **distanciamento** entre as enfermeiras que não chegam a um acordo, sem respeito pelas diferenças que existem entre elas; e **aproximação** ou **superaproximação** entre algumas enfermeiras que buscam trabalhar por afinidade profissional e afetiva.

Algumas enfermeiras encontram-se num nível de processo interacional **ambivalente, individual e competitivo**, sempre em **conflito** no trabalho e nas relações. Com isso, elas “passam a se sentir orgulhosas pelo controle que mantêm da dinâmica do CO” ou “passam a se sentir vítimas dessas interações, tendo dificuldades de se soltar e modificar a sua postura profissional” (Fadinha Azul).

Nessa microteia interacional, o “**controle**” foi um dos aspectos mais pontuados. Controlar principalmente os técnicos/auxiliares é uma das maneiras que algumas enfermeiras encontram para sobreviver nas interações do cotidiano de trabalho do CO. O

sentido maior desse controle está centrado “na preocupação de que algum funcionário supere a sua competência profissional”. Assim, os processos interacionais com algumas enfermeiras caracterizam, muitas vezes, uma interação “confusa em que a troca não é clara e as relações ficam fora de equilíbrio” (Cristal).

As enfermeiras, que são referência no plantão, não conseguindo administrar seus próprios conflitos interacionais, passam a ter dificuldades de conduzir as interações com os técnicos/auxiliares. E estes, por sua vez, vivenciando cotidianamente esse **conflito relacional** com as enfermeiras, passam a reagir no plantão de diferentes maneiras.

Algumas das estratégias encontradas pelos técnicos/auxiliares para sobreviver a esse **conflito** são as seguintes: **confronto** direto com algumas enfermeiras; **distanciamento**, o que corrobora com o desenvolvimento das tarefas/atividades individualmente; **aproximação**, quando a relação irá favorecer o técnico/auxiliar de alguma maneira; **superaproximação**, quando se identifica com a postura profissional da enfermeira.

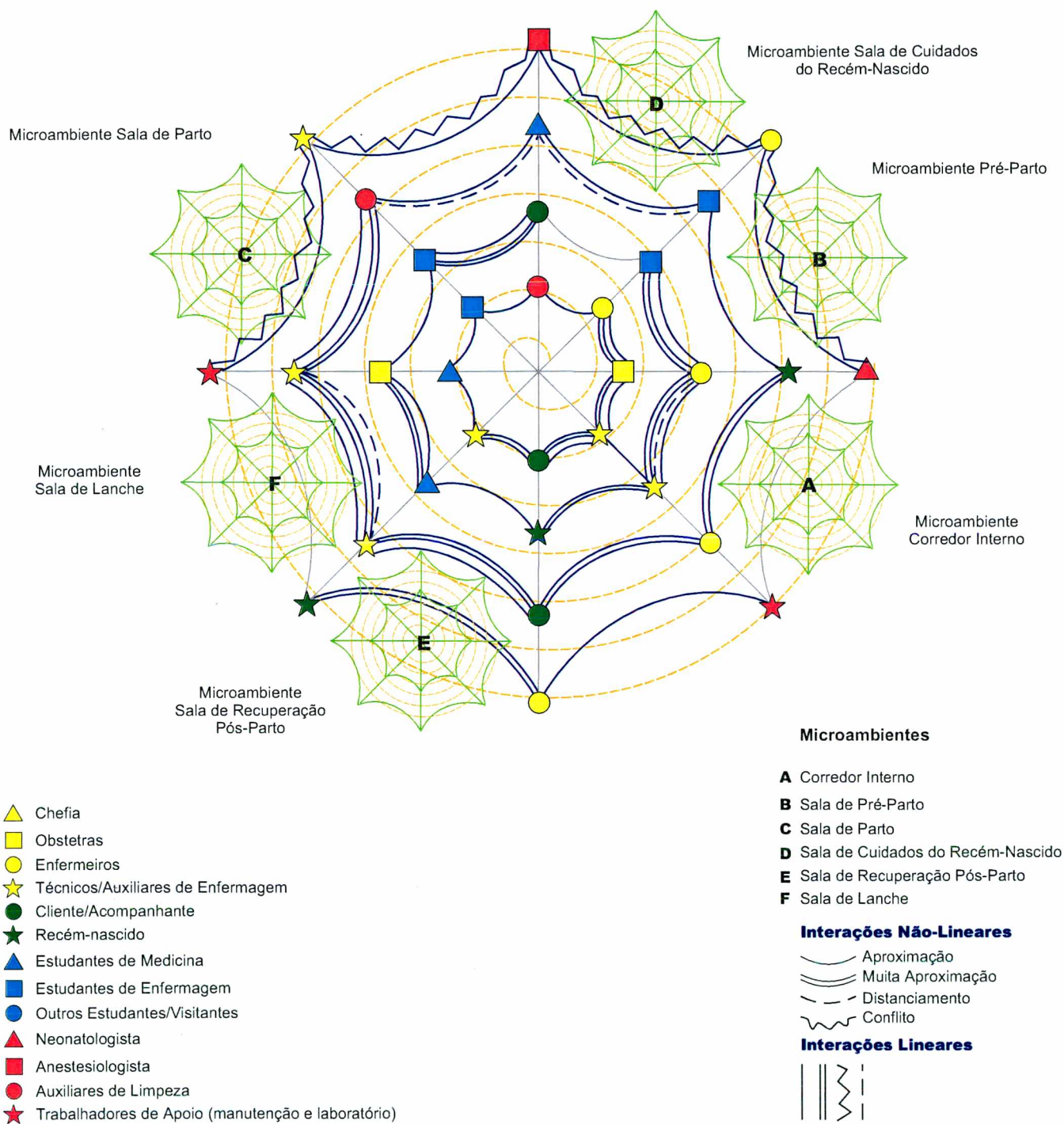
O que muitas vezes tem acontecido são interações de **aproximação** de alguns técnicos/auxiliares com a enfermeira ou **conflitos** entre esta e outros técnicos/auxiliares com posturas e idéias divergentes, como, por exemplo, à maneira como é vista e praticada a humanização.

As interações nos microambientes na microteia 3 se processam como nas microteias 1 e 2. Quer dizer: nos microambientes Sala de Pré-Parto e Corredor Interno, as **interações de conflitos** entre os profissionais de saúde têm a mesma dimensão que na microteia em sua totalidade. E nos microambientes da área de trás os trabalhadores momentaneamente esquecem a **insatisfação-desprazer**, os **conflitos** e os **distanciamentos** entre eles e se aproximam para compartilhar do processo de parto e nascimento do bebê. Este é um momento interacional de satisfação-prazer para todos os trabalhadores que estão envolvidos nesse evento.

A Figura 4 – **Microteia Interacional 4** – mostra a qualidade das interações quando o grupo se mantém como uma unidade de trabalho:

MICROTEIA INTERACIONAL 4

A Equipe como Unidade de Trabalho



Na microteia interacional, em que o grupo⁸ se destaca como uma **unidade interacional de trabalho**, não há trabalhador que se sobressai como referência para o plantão. Observa-se que as interações são processadas de maneira **não-linear** em todos os campos da microteia. O **grupo** está estruturado de tal maneira que cada trabalhador assume o que lhe compete, desenvolvendo sincrônica e harmoniosamente a dinâmica do CO. O obstetra e a enfermeira de plantão, integrados no **mesmo referencial profissional**, buscam envolver os técnicos/auxiliares nas situações de trabalho vivenciadas no cotidiano. As interações são centradas nos **diálogos reflexivos** e na participação coletiva de todos os trabalhadores nas decisões de trabalho, cada um respeitando a função do colega. Há um compromisso ético no grupo de humanização do atendimento fundamentado nas expectativas, nas percepções e nos sentimentos de todos os profissionais de saúde e das clientes e dos acompanhantes.

A participação efetiva de todos os trabalhadores nos processos interacionais é consolidada com **aproximação** e **superaproximação**. Dificilmente há **insatisfação-desprazer** ou **conflito**, e quando existe é mais por situações externas interferindo no grupo, como por exemplo o contato com profissionais de apoio ou estudantes. Os poucos conflitos que se manifestam são insignificantes, não chegam a “contaminar” a teia de interações, e geralmente são resolvidos com tranquilidade assim que se iniciam.

Nem sempre os obstetras são os mesmos com a equipe de enfermagem. Mas a equipe de enfermagem que tem esse referencial de trabalho procura promover a integração do obstetra no grupo. Se o obstetra está sensibilizado para tal, ele é automaticamente incorporado ao grupo numa interação, na maioria das vezes, de **superaproximação**. Se o obstetra não costuma partilhar com o grupo, mas o respeita, ele mantém uma postura de **aproximação**. Se o obstetra resiste e tenta impor a sua referência para o plantão, ele acaba

⁸ Na microteia interacional 4, “grupo” é a designação para a equipe de trabalho do CO que tem como princípio interacional a preocupação em desenvolver o processo de trabalho coletivamente a partir do potencial intuitivo, criativo, profissional e afetivo de cada trabalhador. O grupo é considerado como um todo para a prestação de serviços às clientes, recém-nascidos e os acompanhantes. Possui uma identidade própria baseada na ética, na estética e no compromisso coletivo de promover a humanização do atendimento mediante diálogo reflexivo entre os trabalhadores.

desistindo disso porque encontra barreiras por causa da integridade do grupo, e participando da dinâmica do CO numa interação de **distanciamento**.

Quando aparecem conflitos são em pontos isolados e quase sempre decorrentes de trocas de plantões entre os funcionários que, em algumas situações, entram em confronto pela diferença de opinião sobre como desenvolver o processo de trabalho e pela forma de se relacionar.

Portanto, se a enfermeira se mantém em sincronicidade com o grupo e juntos procuram manter a harmonização e o trabalho a partir do diálogo reflexivo, um trabalhador que se aproxime do grupo com dificuldade de se envolver, ou não querendo se envolver, acaba assumindo um papel secundário no grupo. Alguns trabalhadores até tentam impor o seu poder no plantão, mas acabam desistindo.

O **grupo como referência no plantão** também encontra resistências, controvérsias, pequenos atritos, mas ele se mantém pelo **diálogo reflexivo**, pelas trocas constantes, pela liberdade de expressão verbal e não-verbal, sem discriminação ou preconceitos. As diferenças são vistas como positivas e são refletidas para manter a qualidade das interações. As trocas vão além das trocas profissionais – são intensas também as trocas pessoais, emocionais e culturais.

Às vezes o grupo se encontra em conflito, principalmente com alguns estudantes de medicina e profissionais de apoio. Porém, esse conflito faz com que cada plantão seja um exercício interacional de superação e transformação mútua. Geralmente o conflito não chega a interferir na totalidade da microteia, sendo resolvido no microambiente onde se iniciou.

Comprometidos com a humanização do atendimento e a harmonização de um trabalho em equipe, esses profissionais de saúde mergulham coletiva e prazerosamente em seus propósitos, interagindo no ambiente com ética e estética, além de alimentar de forma saudável as interações.

Nesta microteia interacional, os obstetras e as enfermeiras têm um papel de mediadores pela sua competência profissional. Essa mediação é feita sem perder a confiança e a crença na capacidade humana de cada integrante do grupo, com uma atuação

de quem sabe articular o saber e o sentir – razão, sensibilidade e intuição de tal maneira que os trabalhadores do nível médio se sentem valorizados e participantes da dinâmica do CO, assumindo suas responsabilidades e compromissos com liberdade de expressão. A contribuição dessa forma de trabalhar não está na aplicação da rotina rigorosa ou no conjunto de técnicas e procedimentos que cada um desenvolve individualmente, mas na explicitação de uma referência reflexiva, flexível e planejada coletivamente, extremamente relevante para a promoção da qualidade das interações no processo de trabalho da equipe. Não vi nesta microteia interacional a dualidade “equipe de enfermagem e obstetras”, mas uma adição homogênea e compartilhada com **satisfação-prazer**.

Os profissionais de saúde transmitem equilíbrio nas interações humanas – tanto entre eles, como com os estudantes, as clientes e os acompanhantes – e nas interações com o ambiente. O equilíbrio tem sido considerado muito importante para a promoção dos valores e energias que estão se combinando continuamente.

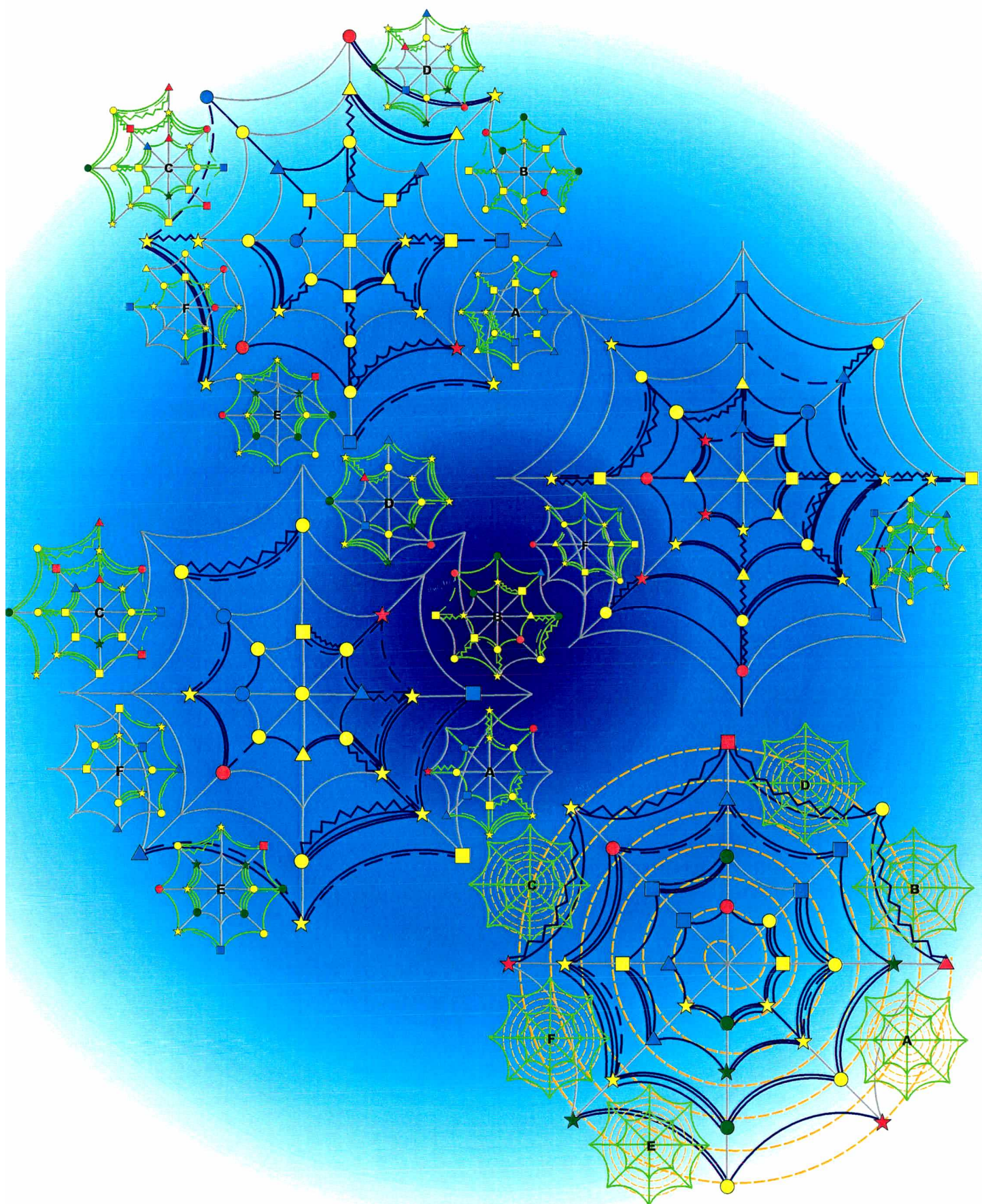
Em resumo: o trabalho a partir do grupo como referência tem sido expressado (nas linguagens verbal e não-verbal) pelos trabalhadores como a forma mais adequada para promover a qualidade das interações. Isso está sendo possível pelo constante processo de trocas de universos culturais, afetivos, sociais e profissionais, o que tem promovido a reflexão crítica e consciente do compromisso e envolvimento ético e estético de cada indivíduo e dele com grupo. São essas trocas que permitem ao grupo conhecer e desenvolver o potencial humano e profissional, pois são respeitadas e valorizadas as relações pré-existentes entre alguns integrantes.

As relações pré-existentes entre alguns trabalhadores que são consideradas pontos de atrito, de competitividade, de “falsidade” em outras microteias, aqui são vistas como relações de apoio nos momentos de **insatisfação-desprazer** e de sobrecarga de trabalho.

É nesta microteia interacional onde é promovida a melhor qualidade nas interações.

A Figura 5 mostra a **Teia das Interações do CO** na sua totalidade:

Teia das Interações no Trabalho do Centro Obstétrico



Observei que os profissionais de saúde, ao chegarem ao CO para o plantão, já sabem, sentindo o **tipo de energia** que circula no ambiente, o modo como os trabalhadores que saem do plantão interagem entre si e com as clientes e os acompanhantes.

Quando essa energia é traduzida como “saudável”, “positiva”, os trabalhadores de saúde que deixam o plantão costumam receber sorrindo os colegas que chegam. Mas às vezes essa energia transmite uma sensação de “desconforto”, “incômodo”, “negatividade”, com o mal-humor na passagem de plantão. Os processos relacionais, na maioria dos plantões, encontram-se “desencontrados” e “equivocados”, influenciando na formação do trabalho em equipe e na qualidade da prestação de serviços aos clientes.

Percebi que, pela característica do tipo de trabalho que é desenvolvido no CO, esse ambiente poderia produzir mais **satisfação-prazer** nas interações, se não fosse a **insatisfação-desprazer** de conflitos e desentendimentos interacionais mal-resolvidos – ou não resolvidos – entre a equipe, principalmente entre os trabalhadores de enfermagem. Esses trabalhadores não têm uma opinião formada sobre a causa dessa **insatisfação-desprazer**; o que percebem é que ela existe desde a implantação da maternidade e nada é feito para amenizá-la. Com o tempo essa situação está tomando dimensões cada vez maiores, a ponto de diluir as equipes que buscam desenvolver os processos interacionais com coerência profissional e afetiva, conforme aponta uma técnica de enfermagem (Notas de Campo):

Anota aí na tua folhinha e por favor escreva no teu trabalho: se não fossem as relações que se formam nos bastidores, não percebidas pelos que são responsáveis pelo CO e pelo hospital, aqui seria o melhor local para trabalhar. Mas falta visão e sensibilidade, ou vontade, quem sabe, para perceber e trazer essas coisas às claras para o grupo. Algumas equipes já estão tentando fazer isso mas o resto não deixa, por isso é preciso envolver todos nessa luta, é a grande virada de mudança. A chefia precisa se acordar para esses detalhes que parecem tão insignificantes mas que vão fazer a diferença na nossa qualidade de vida aqui dentro.

Os plantões de maior exigência cognitivo-emocional das enfermeiras são aqueles em que há uma cumplicidade, consciente ou inconsciente, entre alguns técnicos/auxiliares e obstetras em pressionar a enfermeira, testando a sua capacidade de coordenação da equipe e dos serviços prestados.

Para as enfermeiras, o CO conta com **equipes de trabalho** muito unidas, com relacionamentos sólidos, mas também tem equipes desestruturadas, que produzem no ambiente “atritos”, “confusões” e “fofocas”.

Nos **plantões noturnos** esses conflitos tendem a ser em menor intensidade, pela própria característica do trabalho noturno. O fato de os trabalhadores noturnos terem que se organizar entre si para fazer o rodízio de descanso a quem têm direito já favorece a existência de relações mais equilibradas, de ajuda e companheirismo. Além desse motivo, os trabalhadores noturnos são favorecidos na integração da equipe em decorrência da diminuição significativa do fluxo de pessoas no ambiente. Esse fluxo se limita aos próprios profissionais de saúde e a dois estudantes de medicina da décima primeira fase que fazem estágio no CO. Outro aspecto que deve ser considerado na promoção das interações das equipes noturnas é a própria redução da carga de trabalho. Apesar de o CO ser uma unidade de emergência, à noite os procedimentos eletivos não são realizados, como indução de trabalho de parto, cesariana programada e algumas curetagens uterinas, o que reduz consideravelmente a sobrecarga de trabalho.

Sobre a **energia do ambiente**⁸ e a **integração da equipe**, alguns profissionais de saúde esclarecem o seguinte:

Uma coisa que causa um tremendo desconforto é a gente chegar para trabalhar e está um clima no ar, as pessoas não se falam, não se dão bem, estão rancorosas, procurando prejudicar as outras (Orquídea);

A noite os relacionamentos parecem mais sólidos. Acho que é porque circula menos gente e as pessoas precisam se ajudar para que todos possam descansar (Asdrúbal);

O trabalho daqui é compensado pela alegria, prazer e satisfação do nascimento. A gente participa da alegria do casal, o resultado é imediato e recompõe nossas energias. A única coisa que nos aflige é esse ciclo de relacionamentos mal esclarecidos, pois eu não percebo uma união, inclusive no círculo das meninas que trabalham comigo, com outras enfermeiras também (Grama);

Eu vejo que tem falta de maturidade dos funcionários para se respeitarem como fazem os médicos. Isso atrapalha o nosso trabalho e frustra muita gente. O resultado disso são equipes se fragmentando e o trabalho não sendo organizado como deveria (Alegria).

Quanto aos **trabalhadores do nível médio** (técnicos/auxiliares de enfermagem), os dados mostram que a maioria relata as mesmas percepções e sentimentos sobre o CO. A integração da equipe não depende do trabalho, mas dos processos interacionais que os trabalhadores de saúde vão consolidando.

Os trabalhadores técnicos/auxiliares relacionam **insatisfação-desprazer** nas interações mediante reclamações entre os próprios trabalhadores e para as pessoas que chegam ao CO. Essas reclamações estão pautadas no tumulto e na agitação provocados pela sobrecarga de trabalho. Entretanto, em muitos plantões, tais reclamações não têm fundamento porque o trabalho estava relativamente leve, com poucas clientes para atender.

⁸ Ver capítulo 2.

Logo, entende-se que o ambiente “agradável” e “tranquilo” está diretamente relacionado com a qualidade das interações da equipe de plantão.

É possível perceber que, a partir da interpretação e compreensão que os trabalhadores têm das relações vivenciadas no CO, eles passam a se comportar e agir dessa ou daquela forma. Por exemplo, numa relação construída entre enfermeiras com técnicos/auxiliares de enfermagem, de enfermeiras com obstetras, de obstetras com técnicos/auxiliares ou de técnicos/auxiliares com eles próprios, enquanto alguns trabalhadores percebem a relação como sendo de poder, de manipulação, de interesses, de falsidade, outros trabalhadores a percebem como uma relação de transparência, de hierarquia pela função, de amizade e apoio.

Segundo P, a maternidade em estudo é jovem e ainda está em fase de adaptação. Os funcionários estão em processo de crescimento, de construção do saber, principalmente os obstetras e as enfermeiras. São pessoas que vêm com a sua referência pessoal e profissional, tentando com insegurança ocupar o seu espaço no CO. Isso tem gerado muitos conflitos nas relações entre os trabalhadores, o que, por sua vez, tem provocado uma fragmentação das equipes de trabalho. Nessa fragmentação, os técnicos/auxiliares que são “subordinados” aos obstetras e enfermeiras, não tendo um único referencial de trabalho a seguir, passam a interagir de acordo com o referencial em que ele se sente mais confortável e seguro.

4.2 A qualidade de vida dos profissionais de saúde do Centro Obstétrico: do desejo à possibilidade de transformação

De acordo com o Referencial Teórico (Capítulo 2), o **ambiente de trabalho** e suas **interações** de alguma forma refletem-se na **qualidade de vida** do ser humano trabalhador.

Fazendo uma leitura do que foi até então pontuado, percebo que o próprio conteúdo apresentado vem trazendo considerações que mostram como está a qualidade de vida dos trabalhadores deste estudo.

É difícil falar de qualidade de vida pela sua complexidade e diversidade de concepções e expressões encontradas, não existindo um consenso sobre o seu significado. A qualidade de vida pode ser concebida diferentemente de trabalhador para trabalhador, e é manifestada conforme for a busca de promovê-la para si e para os outros.

A reflexão que trago sobre qualidade de vida diz respeito a como os trabalhadores a percebem e como eles a constroem (ou promovem) em seu cotidiano de trabalho no CO, associado também aos outros cotidianos da vida, pois, do ponto de vista do referencial utilizado, para a compreensão da qualidade de vida do trabalhador é importante que seja percebida na sua integralidade.

Portanto, a qualidade de vida do ser humano é analisada, neste estudo, a partir da subjetividade dos profissionais de saúde – de como percebem o seu cotidiano, como sentem o ambiente, o processo de trabalho e as interações.

Para apresentar os elementos da qualidade de vida que emergiram dos dados empíricos, valho-me das categorias **ter, fazer, estar e ser**, elaboradas por Patrício (1995).

Os profissionais de saúde, ao serem abordados sobre o **cotidiano de trabalho** do CO e a relação que eles fazem com a sua **qualidade de vida**, inicialmente relacionam isso às situações vivenciadas nos **processos interacionais**. Em segundo plano, emergem aspectos relacionados ao processo de trabalho e ao ambiente, mas que estão contidos nas interações.

Na perspectiva dos trabalhadores de saúde do CO, a **qualidade de vida** passa pelas categorias **ter, fazer, estar e ser**. Os elementos que mais sobressaíram nessas categorias foram:

- 1) **ter**: trabalho digno; condições financeiras; tempo para fazer tudo o que gostaria; dinheiro; saúde; educação; lazer; carro; habitação própria; vestuário; família; amigos; liberdade; **satisfação-prazer** pessoal e profissional; e felicidade individual-coletiva;
- 2) **fazer**: as coisas que gosta; viagens; passeios; e amizades sinceras.
- 3) **estar**: bem consigo, com os outros e com o ambiente de trabalho; equilibrado corpo-mente-espírito; com a família; e com os amigos.
- 4) **ser**: feliz; espiritual; livre no trabalho; considerado; respeitado; bem recebido pelos colegas de trabalho.

Dos elementos do **ter** que são relacionados com o trabalho no hospital em estudo, o que os trabalhadores evidenciam é o **trabalho digno**. Para eles, a maioria dos outros elementos do **ter** seria consequência deste. O trabalho digno, para esses trabalhadores, significa remuneração suficiente para satisfazer às necessidades de sobrevivência e de transcendência que dependam de recursos financeiros.

Para a maioria dos profissionais de saúde, principalmente os de enfermagem, o salário baixo que recebem neste hospital não cobre as suas necessidades de sobrevivência (saúde, alimentação, moradia e manutenção da família – educação, vestuário e lazer), o que os tem levado a buscar outros vínculos empregatícios. Eles têm consciência de que, ao mesmo tempo em que “buscam garantir a sua qualidade de vida trabalhando em dois, três empregos, eles estão deixando de promovê-la pela falta de tempo e sobrecarga de trabalho” (Bem-Me-Quer).

Segundo Arruda, Cristal, Fadinha Azul e Sentinela, se eles ganhassem o suficiente e tivessem que optar por um dos empregos escolheriam o hospital em estudo pelas condições físicas ambientais e organização do trabalho que ele oferece. Fazendo um paralelo com os outros locais em que trabalham, os trabalhadores relatam que, “se não fosse o cansaço pela dupla jornada de trabalho e pelos relacionamentos conturbados do CO”, eles teriam melhor qualidade de vida porque o “hospital, mesmo passando por dificuldades financeiras, está conseguindo manter um certo padrão de qualidade no trabalho” e continua investindo “em cursos na área da saúde e em outras áreas que o trabalhador queira participar”.

Por causa do complemento de renda advindo de outros empregos, a situação financeira dos trabalhadores tem mantido uma qualidade de vida considerada boa. Mas também esses outros empregos têm limitado a qualidade de vida pela falta de **tempo** – os trabalhadores não estão tendo tempo para desfrutar de alguns elementos que consideram essenciais em sua vida, como **ter** lazer, **fazer** viagens, passeios, **estar** com a família e com os amigos.

A **saúde** foi outro elemento da qualidade de vida que os trabalhadores relacionaram com o trabalho. Para eles, a sobrecarga de trabalho tem limitado o seu processo de viver saudável. Como eles passam a maior parte de sua vida cotidiana no trabalho, sobra pouco tempo para os momentos de **respiradouro** social.

Os momentos identificados como “**respiradouros sociais**” são “necessários para manter a saúde pelo alívio da tensão e reposição de energias” (Sentinela). E os profissionais deste estudo sentem o quanto está “**prejudicando a sua qualidade de vida** o fato de não estarem investindo no cuidado com a pessoa em todas as suas dimensões”.

Alguns trabalhadores possuem **situações evidentes de saúde-doença** física e psicológica. O que se tem verificado é que os problemas físicos (algias generalizadas, problemas no sistema músculo-esquelético e problemas cardíacos) manifestados estão

relacionados não somente à **sobrecarga de trabalho** no hospital em estudo, mas principalmente à sua construção de vida no âmbito familiar e de outros empregos. Quando os profissionais de saúde mencionam o estresse psicológico, eles relacionam isso à **sobrecarga psicológica** no desenvolvimento do **processo de trabalho** com as clientes e os acompanhantes, que exigem atenção e presença constante nos momentos de tensões e de gritos durante a evolução do parto. A sobrecarga psicológica também é bastante pontuada pelas interações estabelecidas entre os próprios profissionais.

E pensando em equilibrar a sua qualidade de vida no elemento saúde, os trabalhadores buscam recursos fora do hospital em estudo. Apesar de o hospital possuir um atendimento de perícia médica, eles o consideram deficiente, não atendendo “as necessidades de promoção da pessoa em todas as dimensões”. Além disso, existe um certo preconceito de que “o funcionário se queixa mais do que está doente para não trabalhar” (Alegria).

E Tulipa acrescenta: “Eles pensam que a gente vai lá por causa de atestado”. Mesmo que o hospital disponha de especialidades, os trabalhadores relatam ter muita dificuldade de conseguirem vaga disponível no momento em que a doença está evidente.

Faraó nos relata que essa situação, em alguns trabalhadores, tem contribuído para uma “**má qualidade de vida**” porque muitas vezes eles estão de plantão sentindo-se “doentes física ou psicologicamente e não conseguem ser atendidos”. Como o hospital não dispõe de um plano de saúde para os trabalhadores, a tendência é deixar a “situação como está, ou procuram atendimentos particulares quando têm condições financeiras”.

Para as situações de **saúde-doença psicológica** que aparecem nos depoimentos (tensão emocional, esgotamento nervoso, fadiga, estresse e depressão), muitos trabalhadores têm buscado amenizar a situação nos momentos de **respiradouro** durante o plantão, principalmente nas **interações de motivação particular e nas interações espontâneas**, “desabafando com os colegas, sendo ouvida pelos amigos e trocando afeto” (Boca de Leão).

Alguns trabalhadores buscam recursos internamente mediante “relaxamento, ouvir música, **estar** em contato com Deus”. Nas ocasiões em que há sobrecarga psicológica muito acentuada, a maioria “apela para o atestado, para fazer tratamento psiquiátrico”. Uns poucos trabalhadores apontam como recurso de prevenção de doenças psicossomáticas ou de desequilíbrio emocional, provocados pela sobrecarga psicológica, “o tratamento com terapias alternativas”, disponíveis no hospital em estudo durante a sua jornada de trabalho.

Entretanto, nos momentos de manifestações evidentes, “não é possível contar com tal terapia porque os terapeutas atendem seguindo o cronograma previamente estabelecido”. Além disso, nem sempre há vagas disponíveis. Os trabalhadores noturnos, que mais “sofrem de cansaço e fadiga mental, porque, ao invés de descansarem, continuam trabalhando”, não têm essa chance igual ao diurno porque à noite esse programa não existe (Sempre-Viva; Violeta; Jasmim e Tulipa).

Em relação ao **ter satisfação-prazer e felicidade individual-coletiva**, os trabalhadores de saúde pontuam que o **processo de trabalho** desenvolvido, principalmente na **área de trás**, e as **interações** estabelecidas com as **clientes**, os **acompanhantes** e os **recém-nascidos** são os aspectos que mais lhes proporcionam **qualidade de vida**, gerando transcendência pessoal-profissional. Esses elementos são percebidos em algumas falas dos trabalhadores:

Isso aqui é mágico, grandioso, é um poço de vida. Vida não só de nascimento, mas de emoções e acontecimentos. Eu estou me transformando aqui dentro, enquanto ser humano e profissional (Liberdade);

A maneira de tu agires, o carinho que recebes das pacientes vai além da tarefa. É o pulsar da vida. É o emocional no trabalho. A minha qualidade de vida está relacionada com essa qualidade no ato de fazer e de se relacionar (Jasmim);

Eu acredito que o trabalho aqui me fez crescer muito, a minha visão do que é importante profissional. Me mostrou uma qualidade de vida diferente, principalmente essa relação do médico com a paciente, do médico com os colegas de trabalho (P).

Sobre **satisfação-prazer e felicidade** nos relacionamentos pessoal e profissional, o **referencial-base** utilizado pelos trabalhadores da **microteia interacional 4** promove o desenvolvimento do **ser humano integral**, o que influencia significativamente na promoção da qualidade de vida. As trocas energéticas, afetivas, socioculturais e profissionais trazem a alegria, o carinho e a admiração pelo outro e pelo grupo, tanto na **interação obrigatória** quanto na **de cunho particular** ou na **espontânea**. São nesses encontros que os trabalhadores conseguem: a) **ter**: liberdade; autonomia; **aproximação**; espírito de grupo; solidariedade; sensibilidade; intuição; **ter** momentos de felicidade e **ter** qualidade de vida; b) **fazer**: trocas de conhecimentos; reflexões em grupo sobre o trabalho e a vida; **superaproximação**; o trabalho com disposição; vínculos afetivos; amizades sólidas; c) **estar**: com o grupo interdisciplinar; em sincronicidade entre eles e entre eles e estudantes, trabalhadores de apoio, clientes, acompanhantes e recém-nascidos; estar trabalhando com qualidade; d) **ser**: companheiro; grupo; equilibrado; tolerante; individual e coletivo, ético e estético; amigo; ser criativo; sensível e intuitivo; feliz; saudável; livre; humano holístico.

Com o Gaivota e o Cravo nós podemos dizer que temos qualidade de vida nos relacionamentos pelo carinho e respeito que eles propiciam aos funcionários do nível médio (Jasmim);

Quando é a enfermeira Violeta ou a Liberdade que está de plantão nós somos grupos, nos envolvemos; todos participam, se relacionam com motivação. Fazemos o trabalho em grupo, estamos alegres e temos qualidade de vida nos relacionamentos (Rosa Vermelha).

Para a maioria dos profissionais de saúde, na categoria **insatisfação-desprazer** existem muitos aspectos que “prejudicam” ou “provocam” a “**má qualidade de vida**”. Encontrei entre os trabalhadores poucas expressões sobre a limitação do viver saudável no aspecto ambiente físico, porém muitas expressões de insatisfação-desprazer com relação ao ambiente energético, principalmente das interações no trabalho.

Relembrando o **ambiente físico**, alguns trabalhadores trazem **sugestões** que propiciariam um ambiente mais agradável e aconchegante, o que de certa forma produziria bem-estar e harmonia aos trabalhadores e aos clientes. Contudo, o ambiente físico foi considerado adequado pela maioria dos trabalhadores, não chegando a interferir na qualidade de vida.

O **ambiente energético** no trabalho aparece intrinsecamente ligado às **interações no trabalho**, e isso tem demonstrado interferir intensamente, **limitando a qualidade de vida** dos trabalhadores.

Em alguns trabalhadores essa interferência é tão forte que chega a prejudicar a sua saúde integral, com manifestações evidentes:

Isso aqui é um ambiente energético extremamente putreficado, a coisa cheira muito mal, as pessoas se agriem muito, a gente não tem um trabalho em equipe (Liberdade);

Eu considero que a qualidade das interações no CO, de uma maneira geral, tá ruim. Passam muito pelo pensamento negativo, as energias do ambiente nos esgotam. É questão de uma liderança mais perceptiva das situações que ficam no ar em termos de relacionamentos. Uma liderança mais engajada, mais flexível para transformar as relações seria o ideal. Pode até haver conflitos, mas há condições de serem trabalhadas em benefício da qualidade de vida de todos os funcionários (Violeta).

A **insatisfação-desprazer** na qualidade de vida originada no **cotidiano de trabalho** do CO tem se refletido em todo o processo de viver saudável dos trabalhadores, tanto no próprio ambiente de trabalho do hospital em estudo quanto nos outros locais de trabalho ou no ambiente familiar:

Tu ficas chateada, atrapalha nas nossas relações e no clima, irrita, me revolta. Eu saio muito cansada, sem energia (Rosa Vermelha);

A minha qualidade de vida nas interações com algumas equipes é péssima. O que me agüenta é a minha qualidade de vida com relação à pesquisa, aos clientes, à minha família (Liberdade);

Eu custei muito para trabalhar isso em mim. E quando ela voltou para o plantão isso voltou novamente. Essas questões não resolvidas interferem muito no nosso cotidiano, na nossa qualidade de vida (Amor-Perfeito);

Quando trabalho com aqueles funcionários chatos, negativos, que tumultuam o clima, que puxam problemas para o CO, saio daqui esgotada, estressada e chateada. [...] dependendo do obstetra ou da enfermeira que deveriam ser a nossa referência, eles complicam o trabalho, são arrogantes, não sabem lidar com as pessoas, isso é que pega na nossa qualidade de vida (Tulipa);

A minha qualidade de vida no CO está horrível, porque eu não me sinto equilibrada. Assim, eu me sinto muito satisfeita, feliz e completa com as clientes e a família, com o trabalho que eu faço. Mas acontece que tem outros profissionais e as relações que são muito fortes. Eu me sinto frustrada ou castrada, eu não me sinto equilibrada. [...] os relacionamentos não resolvidos ou mal interpretados que envolvem funcionários, chefia, poucas vezes com o médico, são coisas que acabam me dando muito mal-estar, irritação, dor no estômago, dor na coluna cervical. A sensação que eu tenho é que eu fui para trocar energia, deixei tudo lá e volto pra casa vazia (Violeta);

Os problemas do trabalho influenciam diretamente em toda a minha vida, com a família, nos estudos. Eu não consigo evitar porque tu ficas destruída por dentro. Muitas vezes eu saí arrombada porque só tinha carcaça (Liberdade).

Todas essas falas levam à reflexão sobre como os profissionais de saúde do CO sobrevivem em seu cotidiano de trabalho.

O que percebo é que o trabalho, para a maioria dos profissionais de saúde, está em primeiro plano em suas vidas. Não porque eles gostariam que assim fosse, mas porque passam a maior parte de seu tempo trabalhando para **ter**, seja no hospital em estudo, seja nos outros vínculos empregatícios, principalmente para ter dinheiro para conseguir **ser e fazer**. E nesse jogo de **ter** que trabalhar para **ser e fazer**, o **estar** nos outros cotidianos de sua vida – os cotidianos da casa, da rua, do lazer, da sociedade – fica comprometido, influenciando muito negativamente a qualidade de vida.

Os profissionais de saúde do CO que são mais reflexivos, críticos e se envolvem com os **processos interacionais** e com a qualidade na prestação de serviços são os que mais sofrem pela dificuldade de conviver com a contradição e os **conflitos relacionais** vivenciados no seu cotidiano de trabalho.

Os **processos interacionais** no trabalho apontam **possibilidades e limitações** de promover o ser humano holístico. É mediante as interações que o trabalhador transforma outros trabalhadores e é transformado, e em alguns deles, inclusive, essas possibilidades e limitações vão além do cotidiano de trabalho.

Na visão holística, qualidade de vida para os trabalhadores de saúde do CO é um processo em construção. Está basicamente relacionada à transcendência das **Microteias Interacionais 1, 2 e 3** para a **Microteia Interacional 4**, para alcançar uma unidade de trabalho. É ter a possibilidade de converter os **distanciamentos e conflitos** em **aproximação e superaproximação**, nas interações de **cunho particular e espontânea** e, principalmente, na **interação obrigatória**.

Isso implica unir os opostos, captando conscientemente todos os eventos que transitam entre eles, para transformar as situações limitantes em **possibilidades éticas e estéticas** para a promoção da qualidade das interações no trabalho.

Finalmente, **ter e fazer** as **sugestões** acontecerem. Essas são as principais categorias que muitos trabalhadores sonham realizar. Acreditam na possibilidade de melhoria dos processos interacionais, do processo de trabalho e do ambiente – principalmente o energético, com vistas à promoção da qualidade de vida deles próprios e da qualidade dos serviços prestados. **Estar** envolvidos e comprometidos coletivamente com a concretização das sugestões que surgem deles próprios é o **desejo** de muitos trabalhadores. Eles acreditam que só assim vislumbram alternativas para poderem **ter** chance de **ser** no cotidiano de trabalho: ser coletivo, ser criativo e intuitivo, ser ético e estético, ser trabalhador holístico.

5 REFLEXÕES FINAIS

Analisando a **Teia das Interações no Trabalho** a partir das microteias interacionais, pode-se fazer um diagnóstico da qualidade das interações dos profissionais de saúde no seu cotidiano de trabalho.

Acredito que a interpretação da Teia das Interações no Trabalho deva ser feita pelos próprios trabalhadores envolvidos neste estudo, para que, identificando coletivamente a microteia em que se encontram, tenham oportunidade de transcendê-la para a microteia que melhor promova a qualidade das interações da equipe de trabalho na qual estão inseridos.

Refletindo sobre a Teia das Interações no Trabalho, percebe-se que os processos interacionais se apresentam da seguinte maneira: 1) não existe no cotidiano do CO um **referencial-base** que norteie as interações no trabalho. Mesmo que o CO tenha como princípio o referencial do atendimento humanizado, este referencial ainda possui várias vertentes que direcionam os relacionamentos da equipe, conforme a concepção de humanização para o profissional considerado referência; 2) na maioria dos plantões, o processo interacional é estabelecido a partir do profissional-referência e não da equipe de profissionais de saúde.

Com a explicitação, na Teia das Interações no Trabalho, dos processos interacionais estabelecidos entre os profissionais de saúde, é possível destacar na cultura do cotidiano do CO os saberes do obstetra, da chefia e das demais enfermeiras, designados neste estudo como **referências no plantão** ou no **Centro Obstétrico**.

Não é regra geral, mas, na maioria das vezes, encontram-se no cotidiano de trabalho do CO as seguintes situações: o obstetra com domínio sobre os estudantes de medicina, sobre as enfermeiras e sobre os técnicos/auxiliares de enfermagem; os estudantes de medicina tentando manter o poder sobre a equipe de enfermagem; a enfermeira mantendo sua autoridade sobre os técnicos/auxiliares de enfermagem; e, por último, os técnicos/auxiliares que se consideram ou são considerados lideranças entre eles, tentando impor as suas regras de trabalho.

As microrrelações de poder produzem continuamente atritos isolados nas interações cotidianas do CO. E como na maioria dos plantões essas relações vão sendo estabelecidas mecânica e rotineiramente, os profissionais não se dão conta do quanto são prejudicados como seres humanos holísticos.

Além de interferir na qualidade das interações no trabalho, essas microrrelações têm tomado dimensões mais abrangentes, extrapolando o cotidiano do CO, o que tem interferido diretamente na integridade do ser humano trabalhador – na sua vida afetiva, social e particular, enfim, na sua qualidade de vida.

O que se coloca em pauta não é este ou aquele profissional ser referência para o plantão, mas como essa referência está sendo desenvolvida e como é percebida e aceita pela equipe de trabalho. Entendo a necessidade de as equipes de trabalho terem um profissional-referência para coordenar e manter os trabalhadores motivados para o trabalho, mas acredito que esse profissional-referência deva ser o mais flexível possível para favorecer as trocas afetivas, energéticas, culturais, pessoais e profissionais, ou seja, para promover a qualidade de vida dos trabalhadores de saúde do CO.

É possível perceber que o ponto de equilíbrio das interações do CO é mantido ou quebrado pelos obstetras e pelas enfermeiras. A forma como eles conduzem os técnicos/auxiliares, que são a maioria no plantão, faz a diferença na qualidade das interações e na prestação dos serviços aos clientes. Por mais que muitos obstetras e enfermeiras tentem fazer dos técnicos/auxiliares de enfermagem trabalhadores receptivos e passivos, dificilmente conseguem, porque eles pensam de forma autônoma e estão constantemente reproduzindo e comunicando os seus sentimentos e percepções sobre o cotidiano de trabalho e suas interações.

Podem ser observados nas microteias interacionais vários pontos em comum e várias divergências entre os trabalhadores sobre o que eles entendem como interações no cotidiano do CO. É perceptível a dificuldade de refletir coletivamente sobre os processos interacionais quando o trabalhador não foi preparado em sua formação profissional e nem pela Organização para administrar as situações conflituosas e de distanciamento que surgem com a própria convivência “forçada” entre seres humanos que possuem diferentes desejos, expectativas, interesses e referenciais pessoal-profissionais.

Falar da dinâmica de trabalho no CO, de processo de trabalho ou de cotidiano de trabalho é falar de interações. Por mais que os trabalhadores se queixem do cotidiano de trabalho do CO, essa queixa está muito mais voltada às interações entre eles do que ao

trabalho propriamente dito. E falar de qualidade nas interações é pensar em energia, em tolerância, em cooperação, em respeito e em trabalho em grupo. A própria **Microteia Interacional 4** aponta o caminho para buscar a **aproximação** e a **superaproximação** no trabalho, mediante a promoção de interações saudáveis focalizada no ser humano holístico – clientes e profissionais de saúde.

Refletir em grupo sobre como os trabalhadores se sentem diante de situações que vivenciam é a maneira encontrada pelos trabalhadores da **Microteia 4** para aliviar as tensões, o estresse e a sobrecarga psicológica. Além de promover a qualidade nas interações, esse processo de reflexão coletiva permite compartilhar emoções e sentimentos provenientes de eventos, agradáveis e desagradáveis, o que faz alguns trabalhadores se remeterem à sua história de vida, de nascimento e de sexualidade.

A **qualidade das interações** depende de cada plantão e da referência que a equipe tem para realizar o processo de trabalho. Essa qualidade será resultado dos **tipos de interações** que os trabalhadores vão construindo no cotidiano de trabalho.

Nas Microteias Interacionais 1, 2 e 3, encontra-se com maior intensidade a **interação obrigatória**. Ela emerge de maneira linear a partir dos trabalhadores-referência mediante olhar sério, ordem, pedido de auxílio e decisão do obstetra ou da enfermeira, e execução pelos técnicos/auxiliares.

As **interações de motivação particular** são pouco percebidas, e as **interações espontâneas** acontecem mais nos momentos de **respiradouro**. Nas interações espontâneas, basicamente, é expressada a **insatisfação-desprazer** durante o processo de trabalho.

Nas **Microteias Interacionais 1, 2 e 3**, geralmente o que não é dito na interação que acontece entre os trabalhadores envolvidos na situação é dito em outra interação para outros trabalhadores. Não é necessário descrever o resultado desse desvio de comunicação, bastando refletir sobre como as pessoas se sentem fazendo parte de um processo interacional cujas situações emergidas não são discutidas entre elas mas repassadas em outro processo interacional. Essas situações de “desvio de comunicação” têm prejudicado a promoção da qualidade de vida dos trabalhadores, pelos descontentamentos, confrontos e atritos provocados nas interações.

Percebe-se que muitos profissionais de saúde encontram-se em fase de transição das **Microteias 1, 2 e 3 para a Microteia 4**. Nesse processo de transição, eles aparentam estar “confusos”, “desorientados” e “sem apoio”. A fase de transição tem sido manifestada

mediante o **distanciamento** do trabalhador dos processos interacionais com seus pares, para transcender, posteriormente, para interações de **aproximação**.

Na **Microteia Interacional 4**, as interações obrigatórias, as de motivação particular e as espontâneas se fundem. Contudo, as interações de motivação particular e as espontâneas são mais focalizadas durante os momentos de **respiradouro**. Todos os tipos de interações se processam de maneira não-linear e são baseadas em diálogos reflexivos, trocas afetivas, conhecimento e referenciais pessoal-profissionais, no compartilhar a satisfação-prazer do desenvolvimento do trabalho coletivo e na cooperação. O modo de se relacionar nas interações obrigatórias não é diferente do relacionamento nas interações espontâneas e de motivação particular. Elas acontecem no movimento de ir e vir entre os momentos de respiradouro e os momentos de trabalho. Essas interações são realizadas mediante o olhar nos olhos do colega, o tocar, o sorrir, o brincar, o solicitar e pedir auxílio, e o planejar, decidir e executar em grupo. É o coletivo de trabalhadores assumindo o CO e compartilhando as interações, tanto nos eventos agradáveis como nos eventos de urgência e de muito estresse.

A própria **Microteia 4** mostra que existem formas mais agradáveis e, sobretudo, mais produtivas de interação a partir da valorização dos aspectos positivos do trabalho e da harmonização da equipe.

É preciso perceber no caos os conflitos, os desencontros, as tensões, captando-os conscientemente para apreender seu ritmo e rever tudo isso em benefício de uma interação verdadeiramente significativa, tanto para os trabalhadores como para os clientes e acompanhantes envolvidos no processo. Pode-se, então, mergulhar na compreensão das interações que se formam a partir do ser humano holístico e não mais nas tarefas desempenhadas, o que mostra uma nova realidade no CO, com resultados evidentes que atuam na promoção da qualidade de vida dos trabalhadores envolvidos.

É no **microambiente Corredor Interno** que se inicia e termina o tecimento da **Teia das Interações no Trabalho**: ora tranquilo, energizado, alegre, prazeroso, desejado por todos que ali transitam para sentar e ficar se divertindo, conversando sobre os outros cotidianos da vida, revendo os amigos de plantão, trocando afetividade, criando, construindo e decidindo os procedimentos em grupo; ora tumultuado, carregado, conflituoso, desenergizado e desprazeroso. O Corredor Interno é o centro de vivências convergentes e divergentes, ponto de partida para todos os eventos que são processados no CO.

O Corredor Interno é o espaço neutro, público e privado, que promove catarses. É o local de competição e de solidariedade, do individualismo e das trocas, do desabafo e do silêncio, da liberação e da recomposição de energias.

Enfim, é o espaço das possibilidades e das perdas. É onde os gritos e sussurros emergidos interferem na qualidade das interações no trabalho e na qualidade de vida do trabalhador.

Além desse microambiente, os trabalhadores têm ainda a alternativa das “fugidinhas” para o **microambiente Sala de Lanche**. É um espaço vivido como uma passagem para descarga de estresse e recarga de energia – retroalimentação orgânica das interações, além da física.

E à medida que eu analisava os dados empíricos sobre as interações no trabalho dos profissionais de saúde do CO, foram emergindo algumas sínteses, pontuadas a seguir.

- Mesmo com todas as normas e rotinas da Maternidade, com sua própria Filosofia de Humanização do Parto e os títulos conquistados – Prêmio Galba de Araújo e Hospital Amigo da Criança –, o cotidiano de trabalho do CO depende muito mais da atitude de quem coordena os trabalhos e de como esse referencial é percebido pelo grupo e canalizado nas interações do que pela obediência às regras institucionalizadas.

- O CO tem potenciais para promover a qualidade das interações, manifestados em alguns profissionais obstetras, enfermeiras e técnicos/auxiliares. São potenciais dos profissionais de saúde do CO: intuição, criatividade, sensibilidade e visão holística. Portanto, melhoria na qualidade das interações só depende de oportunidade aos profissionais do CO para desenvolver essas potencialidades, o que refletiria coletivamente nesses trabalhadores do CO, (re)encantando a ética individual-coletiva de valorização, de respeito, de liberdade à expressão, de compromisso e cooperação mútua. Acredito que, assim, haverá mais trabalhadores envolvidos na melhoria dos processos interacionais e na promoção da qualidade de vida deles próprios e de seus colegas.

- Conhecendo e compreendendo a realidade do cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde do CO, acredito que qualquer proposta para viabilizar a promoção da qualidade de vida do trabalhador tem de ser feita com a participação efetiva de todos os trabalhadores como uma unidade interacional de trabalho. E para realmente conseguir a viabilização desse tipo de proposta, a Organização precisa utilizar tecnologias focalizadas no ser humano integral. Assim, é possível integrar o trabalhador em seu ambiente de trabalho, favorecendo as trocas energéticas, afetivas, culturais e sociais com toda a sua riqueza subjetiva.
- No cotidiano de trabalho do CO, pensar em promover a qualidade de vida dos trabalhadores de saúde é, antes de tudo, pensar na promoção da qualidade das interações no trabalho.
- Há uma necessidade urgente de reconstrução pessoal para a busca da construção coletiva dos processos interacionais no cotidiano de trabalho do CO. Esse processo de transformação do fazer individual para o fazer coletivo poderá ser conseguido mediante uma reflexão crítica entre todos os profissionais de saúde do CO sobre novas posturas éticas e estéticas para o desenvolvimento do processo de trabalho. Os profissionais de saúde, tendo melhor compreensão da complexidade que é o ser humano, passam a ter uma visão sistêmica e orgânica do ambiente e de suas interações.
- No cotidiano de trabalho do CO, o processo interacional é uma unidade de caráter duplo (satisfação-insatisfação; prazer-desprazer; aproximação-distanciamento; superaproximação-conflito), que caracteriza a postura dos profissionais de saúde, o modo de “tocar o processo de trabalho” individual e coletivamente, e a qualidade de vida que eles promovem nas interações no trabalho.
- Seria importante que os profissionais de saúde, numa reflexão crítica e coletiva sobre o seu cotidiano de trabalho, recuperassem a dimensão holística de ser humano tão divulgada na Filosofia do hospital em estudo, no sentido de promover a coerência, a harmonização e o equilíbrio na equipe de saúde. O resultado seria

percebido na prestação do serviço, na competência técnica e no compromisso social.

– A relação entre os trabalhadores é sem dúvida, na maioria dos plantões, um jogo de interesses individuais ou de grupinhos que vão se constituindo na equipe de trabalho. Se esses interesses são voltados ao processo de trabalho, a qualidade das interações é fortalecida pela influência positiva que emerge desses interesses, mediante a satisfação, o prazer e a alegria gerada no processo.

– Nas interações de trabalho do CO, o corpo expressa muito mais os sentimentos e percepções dos trabalhadores de saúde do que a comunicação verbal.

– A qualidade de vida dos trabalhadores está intrinsecamente relacionada com a qualidade das interações no trabalho.

– Encontra-se no CO muita satisfação-prazer na realização do trabalho nas interações com as clientes, acompanhantes e recém-nascidos, e insatisfação-desprazer nas interações entre colegas de trabalho na maioria das equipes.

– O trabalho em grupo só será possível se quem assumir a mediação tiver sensibilidade para perceber todos os aspectos que se revelam no cotidiano do trabalhador, procurando entender por que e como eles se formam, o que implica reconstruir o saber adicionando novos elementos significativos aos trabalhadores, como: valorização, participação ativa, flexibilização, planejamento e tomada de decisão em grupo, diálogo reflexivo, afetividade, empatia, direitos iguais, justiça, autonomia. Esses elementos exercem fortes influências sobre as interações no cotidiano de trabalho e na promoção da qualidade de vida.

– Compreendo que, para promover o desenvolvimento do ser humano na Organização, há uma necessidade urgente de estruturas mais fluidicas e contínuas, com diferentes formas de avaliação participativa de seus trabalhadores. Acima de tudo, a forma como é gerenciada a força de trabalho terá de mudar para uma perspectiva mais holística de reconhecimento individual-coletivo. É preciso

substituir a rigidez pela flexibilização nas interações no trabalho; o processo de trabalho individual pelo trabalho em grupo; a competitividade pela cooperação; o poder/manipulação pela sensibilidade e trocas de conhecimento técnico-científico e cultural. Essas mudanças levam continuamente à reflexão de novos valores, crenças, práticas e expectativas no trabalho, bem como possibilitam resgatar e desenvolver o trabalho em equipe com ética e estética. O produto dessa nova postura profissional seria vivenciado pelos próprios trabalhadores de saúde, com melhoria na qualidade de suas interações e promoção da qualidade de vida.

– Os trabalhadores, sentindo-se responsáveis em projetar a Maternidade na sociedade, orgulham-se com os títulos que a Organização tem conquistado pelo esforço da humanização do atendimento prestado por eles próprios, mas paradoxalmente sofrem muito com a falta de qualidade das interações no trabalho. O espaço cotidiano do CO está se deteriorando, se desgastando pela intolerância e rigidez nas interações, prejudicando a qualidade de vida de seus trabalhadores, com evidências de doenças já manifestadas.

– É importante que a Organização em estudo se preocupe em desenvolver o potencial humano, fundamentando-se nos princípios da Ergonomia, dando especial atenção aos aspectos da subjetividade dos trabalhadores, pois a solução para a maioria das situações poderá ser encontrada nos próprios trabalhadores envolvidos na situação.

– Muita insatisfação-desprazer dos trabalhadores de saúde do CO está relacionada a uma visão mecanicista e hierarquizada que conduz à fragmentação do homem, visão essa própria de alguns profissionais-referência que coordenam equipes de trabalho do CO. Esses referenciais estão centrados na adaptação do homem ao trabalho. Para transcender esses modelos vigentes, a Ergonomia mostra que é importante “adaptar o trabalho ao ser humano”, para que ele produza com qualidade a partir da promoção da qualidade das interações no trabalho. E, assim, promover a sua qualidade de vida.

– Refletindo sobre o diagrama interacional (as teias das interações no trabalho) resultante desta pesquisa, percebo que a Ergonomia exerce uma função de destaque no diagnóstico da qualidade das interações no trabalho e na sua relação com a qualidade de vida do trabalhador. Ampliando os horizontes ergonômicos em paradigmas emergentes, muitas manifestações de algias lombares, cervicais, gastrites, lesões de pele (como herpes labial), entre tantas outras situações de saúde-doença, poderão ser diagnosticadas tendo a sua origem nas interações de trabalho mal resolvidas (ou não resolvidas).

5.1 Limitações e contribuições

Posso dizer que, durante todo esse processo de desenvolver o estudo, houve momentos que foram marcantes, uns encorajadores, outros desanimadores, mas sobretudo desafiantes, exigindo a minha reflexão constante sobre o método e a sua aplicação na realidade do campo.

Senti nesses momentos o valor de pesquisar qualitativa e holisticamente, pela possibilidade de apreender a realidade vivenciada nas interações promovidas entre mim e os sujeitos. Foram nesses momentos que percebi o quanto o método me ajudou a entrar no campo, a negociar o estudo com os trabalhadores envolvidos, além de promover segurança no levantamento e análise dos dados empíricos.

Durante a pesquisa, percebi a importância de o mestrando estar integrado a um grupo de pesquisa interdisciplinar. Senti o quanto o Núcleo TRANSCRIAR-UFSC me auxiliou a partir da prática de apresentação dos projetos na Banca Solidária (assim designada pelo grupo) formada por colegas para avaliar o projeto de estudo. Foram momentos de trocas afetivas, apoio e ajuda. Com a Banca Solidária fui para o campo com muito mais conhecimento, discernimento do que queria desenvolver e mais segurança.

No transcorrer do estudo, percebi que, mesmo possuindo experiência com pesquisa qualitativa, é imprescindível uma reflexão crítica constante com a orientadora para que a pesquisa siga o seu rumo e não se distancie do tema e do objetivo proposto.

Conhecer o cotidiano do CO com toda a sua complexidade e diversidade de interações foi um trabalho que despendeu muito tempo. O número elevado de profissionais de saúde e o volume de entrevistas, considerando o método escolhido, exigiram dedicação no campo inclusive nos fins de semana. Senti que o tempo se tornou uma situação limitante

para a produção científica, pois foi preciso transcrever integralmente todas as entrevistas gravadas e depois devolver esse material aos 26 sujeitos para que estes o aprovassem ou fizessem possíveis reformulações.

Outra limitação foi a dificuldade de conciliar estudo, trabalho e família. Na família estava vivenciando, juntamente com o desenvolvimento do mestrado, uma vivência nova que foi a de ser mãe, exigindo-me transformação pessoal e dedicação que até então não havia experimentado.

Quanto aos aspectos facilitadores para o desenvolvimento do estudo, cito: os estudos na Ergonomia, ampliando minhas concepções sobre o trabalho, o trabalhador e seu processo de trabalho; aceitação de todos os trabalhadores de saúde do CO em participar do estudo, deixando-me completamente à vontade para me movimentar no ambiente de trabalho e acompanhar o processo de trabalho por eles desenvolvido; disponibilidade dos trabalhadores selecionados em participar das entrevistas; o incentivo e apoio que colegas e amigos de trabalho me proporcionaram durante toda a minha caminhada no momento “Ficando no Campo”; as trocas afetivas, o companheirismo e as reflexões constantes sobre os nossos projetos de pesquisa que aconteceram entre nós, participantes do Núcleo de pesquisa TRANSCRIAR-UFSC e a orientadora; a compreensão da coordenação de Pós-Graduação em Engenharia de Produção e da orientadora em entender o meu tempo de produzir o conhecimento, pelas minhas limitações intelectuais e sociais.

Acredito que este estudo possa contribuir para a produção de novos conhecimentos sobre o tema desta dissertação.

Acredito que esta proposta também possa ser de ajuda a todos os seres humanos que buscam viver as dimensões que os caracterizam como grupo, principalmente os trabalhadores do CO que me acolheram, trocando afetividade, sentimentos, segredos, percepções, crenças, valores e práticas. Acredito, ainda, que o resultado deste estudo possa ser refletido pela academia e pela sociedade.

Pretendo, enfim, com este trabalho, que a reflexão acerca da qualidade de vida dos profissionais de saúde repercuta na Organização em estudo, já que está aberta a estudos dessa natureza. Atualmente, ela vem se preocupando não somente com a qualidade da assistência oferecida à sociedade, mas também com a qualidade de vida dos seus trabalhadores. Firmei, inclusive, um compromisso com a Comissão de Ética de Enfermagem de encaminhar tal estudo para reflexão com os trabalhadores envolvidos neste

processo, trabalhadores esses que contam com uma Comissão de Educação e Pesquisa em Enfermagem (CEPEN) e com um Núcleo de Apoio Permanente (NAP).

Assim, como contribuição aos profissionais de saúde do Centro Obstétrico, pretendo apresentar a eles a dissertação, para que possam discutir possibilidades de trabalhar situações que estão interferindo na sua qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BECKER, Howard S. *Métodos de pesquisa em ciências sociais*. 7. ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

BOGDAN, Robert; BIRKEN, Sari. *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Lisboa: Porto, 1995.

BONAZINA, Maria Cristina Tath. *A construção do processo de trabalho dos gerentes nas relações do cotidiano de uma organização hospitalar*. 1999. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

CAPELLA, Beatriz Beduschi. *Uma abordagem sócio-humanista para um "modo de fazer" o trabalho de enfermagem*. 1996. Tese (Doutorado em Filosofia de Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

CHANLAT, Jean F. (Coord.). *O indivíduo na organização: dimensões esquecidas*. São Paulo: Atlas, 1993.

COLOMBO, Ciliana Regina. *A qualidade de vida de trabalhadores da construção civil numa perspectiva holística-ecológica: vivendo necessidades no mundo trabalho-família*. 1999. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

DEMO, Pedro. *Metodologia científica em ciências sociais*. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1995.

_____. *Introdução à metodologia da ciência*. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1987.

DUL, Jan.; WEERDMEESTER, Bernard. *Ergonomia prática*. São Paulo: Edgard Bücher, 1991.

FARIA, Terezinha Andrade de. *O desafio da enfermagem: incorporando significados ergonômicos no processo de trabalho*. Trabalho apresentado na disciplina Introdução à Ergonomia, curso de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998. Digitado.

FARIA, Terezinha Andrade de; SILVA, Rode Dilda Machado da; PATRÍCIO, Zuleica Maria Patrício. Homem-bagaço: a qualidade de vida dos trabalhadores aposentados de enfermagem numa abordagem ecosófica. *Rev. Texto & Contexto - Enfermagem*, Florianópolis, v. 8, n. 3, p. 200-212, set./dez. 1999.

FARIA, Terezinha Andrade de; PATRÍCIO, Zuleica Maria. A arte de ensinar-aprender mediante um enfoque qualitativo participante: um desafio aos alunos de Pós-Graduação em Engenharia de Produção. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE EDUCAÇÃO DO COLÉGIO CORAÇÃO DE JESUS, 2., 2000, Florianópolis. *Anais...* Florianópolis, 2000. p. 121-124.

FIALHO, Francisco Antônio Pereira; SANTOS, Neri dos. *Manual de análise ergonômica do trabalho*. Curitiba: Genesis, 1997.

FIALHO, Francisco Antônio Pereira. Notas de aula da disciplina Aspectos Psicológicos do Trabalho, curso de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, 1999.

FONSECA, José Luiz. *Gestão participativa e produtividade: uma abordagem ergonômica*. Florianópolis. 1995. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

FREIRE, Paulo. *A ação cultural para a liberdade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1984.

_____. *Educação como prática da liberdade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.

FURLANI, Dionice. *As necessidades humanas básicas de trabalhadores noturnos permanentes de um hospital geral frente ao não atendimento de sono*. 1999. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

GERGES, Márcia Cruz. *Visão da decisão gerencial dos enfermeiros administradores do sistema de enfermagem de um hospital universitário*. 1994. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

GIL, Antônio Carlos. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 3. ed. São Paulo, 1991.

GODOY, A. S. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. *Rev. Administração de Empresas*, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 20-29, maio/jun. 1995.

GRIFFIN, Anne. Holismo na enfermagem: o seu significado e valor. *Revista Nursing*, Ed. 82, ano 7, p. 20-23, nov. 1994.

HAGUETTE, Teresa Maria Frota. *Metodologias qualitativas na sociologia*. Petrópolis: Vozes, 1987.

LEININGER, Madaleine. *Care the essence of nursing and health*. Thorofare, N.Y: John Wiley & Sons, 1985.

LODI, João Bosco. *A entrevista: teoria e prática*. 5. ed. São Paulo: Pioneira, 1986.

MAIA, Paulo Renato Duarte. *A qualidade de vida de uma equipe de saúde no atendimento a pessoas com AIDS: ressignificando a subjetividade nas interações*. 1999. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

MONTIMOLLIN, Maurice de. *A ergonomia*. Lisboa: Instituto Piaget, 1990.

MINAYO, Maria Cecília de Souza et al. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 5. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1998.

NOGUEIRA, Oracy. *Pesquisa social: introdução às suas técnicas*. 3. ed. São Paulo: Nacional, 1975.

PATRÍCIO, Zuleica Maria. *A prática do cuidar/cuidado à família da adolescente grávida solteira e seu recém-nascido através de um marco conceitual de enfermagem de enfoque sócio-cultural*. 1990. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

_____. *O processo de cuidar como pesquisa participante: uma possibilidade ética e estética para o saber da enfermagem e qualidade de vida*. Florianópolis: UFSC, 1993. Digitado.

_____. TRANSCRIAR: Núcleo de Estudos Participantes do Processo de Viver e Ser Saudável/UFSC. Florianópolis: UFSC, 1993b. Projeto de Ensino-Pesquisa-Extensão encaminhado ao CNPq.

_____. O que seria importante pesquisar e como fazê-lo em favor da qualidade de vida? *Rev. Texto & Contexto – Enfermagem*, Florianópolis, v. 3, n. 1, p. 58-74, jan./jun. 1994.

_____. *Ser saudável na felicidade-prazer: uma abordagem ética e estética pelo cuidado holístico-ecológico*. Pelotas: Ed. Universitária/UFPel; Florianópolis: PPG em Enfermagem/UFSC, 1995.

_____. O processo de cuidar como uma práxis transcultural e transpessoal. Florianópolis: UFSC, 1996a. Digitado.

_____. *Relatório das atividades desenvolvidas na disciplina Métodos Qualitativos de Pesquisa*. Trabalho apresentado na disciplina Métodos Qualitativos de Pesquisa, no curso de Mestrado em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1988. Digitado.

_____. *Métodos qualitativos de pesquisa*. Notas de aula da disciplina Métodos Qualitativos de Pesquisa, do curso de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1988.

PATRÍCIO, Zuleica Maria et al. *Cuidando da saúde da criança-adolescente-família na comunidade*: projeto de ensino-pesquisa-extensão. Florianópolis: UFSC, 1990, 1991, 1992, 1993, 1994. Relatórios de atividades. Digitado.

PATRÍCIO, Zuleica et al. *Representações de adolescente-família sobre sexualidade-reprodução na adolescência*: marco para a educação sexual. Florianópolis: UFSC, 1993. Relatório de pesquisa encaminhado ao Departamento de Apoio à Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina. Apresentado na Semana de Pesquisa da UFSC, 1993.

PATRÍCIO, Zuleica M.; FARIA, Terezinha Andrade de.; SILVA, Andréa da. *Trabalhando com a comunidade-família a dimensão sexualidade-reprodução no processo de viver da criança-adolescente*. Florianópolis: UFSC, 1994. Projeto de Pesquisa do Núcleo TRANSCRIAR-UFSC. Departamento de Enfermagem/REPENSUL. Digitado.

PATRÍCIO, Zuleica Maria; CASAGRANDE, Jacir L.; ARAÚJO, Marízia F. de. *Qualidade de vida do trabalhador: uma abordagem qualitativa do ser humano através de novos paradigmas*. Florianópolis: Ed. do Autor, 1999.

PATRÍCIO, Zuleica M.; SILVA, Maria Isabel; FARIA, Terezinha Andrade de. Educação ambiental-cidadania com a comunidade: promovendo a qualidade de vida com base em uma abordagem interdisciplinar. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE EDUCAÇÃO DO COLÉGIO CORAÇÃO DE JESUS, 2., 2000, Florianópolis. *Anais...* Florianópolis, 2000. p. 268-271.

PIRES, Denise. In: LEOPARDI, Maria Tereza et al. *O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade*. Florianópolis: Papa-Livros, 1999.

POLIT, Denise F.; HUNGLER, Bernadette P. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

SILVA, Andréa da. *O processo de trabalho de prostituição e a qualidade de vida de prostitutas de rua de Florianópolis*: as possibilidades e limitações no processo de viver. 2000. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

SILVA, Andréa da et al. *Análise ergonômica de um posto de trabalho de uma unidade de internação médica*. Trabalho apresentado na disciplina Engenharia Ergonômica do

Trabalho, no curso de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998. Digitado.

THIOLLENT, Michel. *Metodologia da pesquisa-ação*. 6. ed. São Paulo: Cortez, 1994.

WISNER, A. *Por dentro do trabalho: ergonomia, métodos e técnicas*. São Paulo: Oberá/FTD, 1988.

LEITURAS COMPLEMENTARES

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Rio de Janeiro: Edições 70, 1997.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues (Org.). *Pesquisa participante*. 7. ed. São Paulo: Brasiliense, 1988.

BRANDÃO, Denis; M. S.; CREMA, Roberto. *O novo paradigma holístico: ciência, filosofia, arte e mística*. São Paulo: Summus, 1991.

CAPRA, Fritjof. *O ponto de mutação*. São Paulo: Cultrix, 1982.

CASTRO, Gustavo de; CARVALHO, Edgard de Assis; ALMEIDA, Maria da Conceição de (Orgs.). *Ensaio de complexidade*. Porto Alegre: Sulina, 1997.

CREMA, Roberto. *Introdução à visão holística: breve relato de viagem do velho ao novo paradigma*. São Paulo: Ground, 1989.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. *Novo Aurélio Século XXI: o dicionário da Língua Portuguesa*. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

HELLER, Agnes. *Sociologia de la vida cotidiana*. Barcelona: Ediciones Península, 1991.

HAPPÉ, Robert. *Consciência é a resposta*. São Paulo: Talento, 1997.

LIMA, Kátia Maria Ratto. *Maternidade Leila Diniz (1994 a 1996): nascimento de um novo profissional de saúde?* 1997. Dissertação (Mestrado em Saúde da Mulher e da Criança) – Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

MAFFESOLI, Michel. *A conquista do presente*. Rio de Janeiro: Rocco, 1984.

MATTOS, Rui de Alencar. *De recursos a seres humanos: o desenvolvimento humano na empresa*. Brasília: Livres, 1992.

ODENWALD, D.; SYLVIA, B.; MATHENY, Willian G. *Impacto global: tendências mundiais em treinamento e desenvolvimento*. São Paulo: Futura, 1996.

RUBIN, Herbert J.; RUBIN, Irene S. *Qualitative interviewing: the art of hearing data*. Califórnia: Susan McElroy, 1995.

SOUZA, Solange Pires Salomé de. *O significado do trabalho da alegria em ambiente hospitalar de pediatria: transformando o ritmo, reacendendo o brilho*. 1999. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa Interinstitucional UFSC/UFMT, Cuiabá.

TEILHARD, Chardin Pierre. *O fenômeno humano*. São Paulo: Cultrix, 1989.

_____. *Sinfonia do universo*. São Paulo: Letras & Letras, 1992.

TRIPODI, Tony; FELLIN, Phillip; MEYER, Henry. *Análise da pesquisa social*. 2. ed. Rio de Janeiro: F. Alves, 1981.

WEBER, Renée. *Diálogos com cientistas e sábios: a busca da unicidade*. São Paulo: Cultrix, 1991.

WEIL, Pierre. *Rumo à nova transdisciplinaridade: sistemas abertos de conhecimento*. São Paulo: Summus, 1993

WHEATLEY, Margaret J. *Liderança e a nova consciência*. São Paulo: Cultrix, 1992.

ZELDIN, Theodore. *Uma história íntima da humanidade*. Rio de Janeiro: Record, 1992.

ANEXOS

Anexo 1

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM ERGONOMIA
ORIENTADORA: PROFESSORA Dra. ZULEICA MARIA PATRÍCIO
MESTRANDA: TEREZINHA MARIA DE ANDRADE DE FARIA**

CARTA DE APRESENTAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA DE MESTRADO ENCAMINHADA À COMISSÃO DE ÉTICA DO HOSPITAL EM ESTUDO PARA APRECIAÇÃO

Tendo em vista a minha necessidade de desenvolver um estudo para a conclusão do Mestrado em Ergonomia, na Pós-Graduação de Engenharia de Produção da UFSC, venho através desta solicitar a esta Comissão a apreciação para desenvolver o processo de coleta de dados do estudo “O cotidiano de trabalhadores de saúde do Centro Obstétrico e sua qualidade de vida” a ser realizada nos meses de março, abril, maio e junho de 2000, podendo ser prorrogado, conforme a necessidade para o desenvolvimento da pesquisa.

O meu interesse por trabalhadores desta Organização Hospitalar e, especificamente, por trabalhadores do Centro Obstétrico se deve ao fato de que sou funcionária da Maternidade deste hospital. Entendo que isso irá facilitar o processo de levantamento de dados, bem como o contato diário que continuarei tendo com as equipes poderá futuramente, com o estudo, contribuir com a melhoria da qualidade do cotidiano dessa unidade.

Tenho como orientadora da dissertação a professora Dra. Zuleica Maria Patrício, enfermeira, doutora em Filosofia de Enfermagem e docente dos Programas de Pós-Graduação em Enfermagem, Engenharia de Produção e Administração da UFSC.

Com esse estudo pretendo responder à questão “Qual é a relação do cotidiano de trabalhadores de saúde de uma maternidade com a qualidade de vida?”. Para tanto, o objetivo do estudo é compreender a relação do cotidiano de trabalhadores de uma maternidade e a relação com sua qualidade de vida.

O método é caracterizado como pesquisa qualitativa. Os dados serão coletados mediante Observação Participante com Entrevista e Entrevista Semi-estruturada. Pretendo

fazer a Observação Participante em todos os períodos, abrangendo todos os turnos. A partir desta observação serão selecionados alguns trabalhadores para a realização da entrevista Semi-Estruturada (para mais esclarecimentos ver projeto em anexo).

Como em todas as pesquisas desenvolvidas com seres humanos, conforme preconiza o Conselho Nacional de Saúde, Resolução nº 196, de outubro de 1996, e o exercício profissional de enfermagem, se prevê os cuidados éticos pertinentes a este estudo.

Ao final da pesquisa será realizada a devolução dos dados para os participantes, ficando disponível na instituição, podendo haver encontros para discussão-reflexão dos resultados obtidos.

No aguardo de sua comunicação, agradeço antecipadamente.

Terezinha Maria de Andrade de Faria

Florianópolis, fevereiro de 2000.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM ERGONOMIA
ORIENTADORA: PROFESSORA Dra. ZULEICA MARIA PATRÍCIO
MESTRANDA: TEREZINHA MARIA DE ANDRADE DE FARIA**

**CARTA DE APRESENTAÇÃO DO ESTUDO E PEDIDO DE PARTICIPAÇÃO PELOS
TRABALHADORES DE SAÚDE DO CENTRO OBSTÉTRICO PARA O
DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA DE MESTRADO**

Eu, Terezinha Maria de Andrade de Faria, sou funcionária da Triagem Obstétrica desta Maternidade e estou cursando o Mestrado em Ergonomia, no curso de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da UFSC. Para a conclusão do referido Mestrado, pretendo desenvolver um estudo, intitulado, provisoriamente, “O cotidiano de trabalho de profissionais de saúde de uma maternidade hospitalar e a sua qualidade de vida”. Com esse estudo pretendo responder à questão “Qual é a relação do cotidiano de trabalhadores de saúde em um ambiente hospitalar com a sua qualidade de vida?”. Para tanto, o objetivo do estudo é conhecer o cotidiano de trabalhadores de um ambiente hospitalar e a relação com a sua qualidade de vida.

Tenho como orientadora da dissertação a professora Zuleica Maria Patrício, enfermeira, doutora em Filosofia de Enfermagem e docente dos Programas de Pós-Graduação em Enfermagem, Engenharia de Produção e Administração da UFSC.

Como a Ergonomia tem seu foco principal a adaptação do ambiente de trabalho ao trabalhador, procurei desenvolver o projeto de dissertação voltado ao trabalhador da maternidade, na qual estou inserida. A escolha pelo Centro Obstétrico se deu em função das múltiplas atividades e interações constantes (entre os próprios trabalhadores do CO, entre os trabalhadores e cliente-acompanhantes e entre trabalhadores do CO e demais unidades da maternidade – TO, AC e Neonatologia).

O método é caracterizado como pesquisa qualitativa. Os dados serão coletados mediante Observação Participante com entrevista, História do Cotidiano de Trabalho e Entrevista Semi-Estruturada. Pretendo fazer a Observação Participante em todos os períodos, abrangendo todos os turnos. A partir desta observação serão selecionados alguns trabalhadores para a realização da entrevista Semi-Estruturada.

Como em todas as pesquisas desenvolvidas com seres humanos se prevê os aspectos éticos envolvidos, as informações coletadas serão sigilosas, bem como será garantido o anonimato dos

participantes e da instituição. Gravações, fotos e filmagens só serão feitas com a permissão dos participantes da pesquisa.

Acredito, com esta pesquisa, compreender mais intensamente as relações e interações que se estabelecem no CO e colaborar com novos estudos que possam emergir deste estudo.

Ao final da pesquisa os dados serão devolvidos aos participantes, ficando disponíveis na instituição, podendo haver encontros para discussão-reflexão dos resultados obtidos.

Terezinha Maria de Andrade de Faria

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM ERGONOMIA
ORIENTADORA: PROFESSORA Dra. ZULEICA MARIA PATRÍCIO
MESTRANDA: TEREZINHA MARIA DE ANDRADE DE FARIA**

D E C L A R A Ç Ã O

Eu,, trabalhadora(or) do Centro Obstétrico da Maternidade do H, concordo em participar da pesquisa de mestrado “O cotidiano de trabalho de profissionais de saúde de uma maternidade hospitalar e a sua qualidade de vida”. Para tanto, autorizo a mestranda Terezinha Maria de Andrade de Faria a usar os dados coletados no campo para fins de desenvolvimento de sua pesquisa, conforme é apresentado na carta de apreciação e aceite (em anexo), desde que sejam assegurados os princípios éticos.

Participante da Pesquisa

Anexo 4

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM ERGONOMIA
ORIENTADORA: PROFESSORA Dra. ZULEICA MARIA PATRÍCIO
MESTRANDA: TEREZINHA MARIA DE ANDRADE DE FARIA

INSTRUMENTO PARA LEVANTAMENTO DE DADOS - ENTREVISTA SEMI- ESTRUTURADA

Tema da dissertação: O Cotidiano de Trabalhadores de Saúde de uma Maternidade e a sua Qualidade de Vida
Objetivo Geral do Projeto: Compreender a relação do cotidiano de trabalhadores de uma maternidade com sua qualidade de vida.
Objetivos da Entrevista: <ul style="list-style-type: none">♦ Falar sobre o cotidiano do processo de trabalho dos trabalhadores de saúde do CO;♦ Identificar as práticas de interação do cotidiano de trabalhadores de saúde do CO.
1- Dados Pessoais <ul style="list-style-type: none">a) Dados de identificação (nome, idade, nacionalidade, estado civil, escolaridade)b) Experiências de trabalho (cargos exercidos, atividades, vínculos empregatícios, salário, carga horária, tempo de trabalho na maternidade e no hospital).
2- Entrevista <ul style="list-style-type: none">a) O que significa qualidade de vida para você?b) Como percebe o cotidiano de trabalho do CO?c) Como você percebe as interações dos trabalhadores do CO?d) Qual a relação do cotidiano do trabalho do CO com sua qualidade de vida?
3- Perguntas auxiliares <ul style="list-style-type: none">a) Como você avalia esse seu cotidiano de trabalho?b) Como você percebe a situação X que vivenciou?c) Como você se percebe quando está chegando ou quando está saindo do CO?

Anexo 5

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM ERGONOMIA
ORIENTADORA: PROFESSORA Dra. ZULEICA MARIA PATRÍCIO
MESTRANDA: TEREZINHA MARIA DE ANDRADE DE FARIA

INSTRUMENTO PARA LEVANTAMENTO DE DADOS DO COTIADIANO DE TRABALHO

Tema da dissertação: O Cotidiano de Trabalhadores de Saúde de uma Maternidade e a sua Qualidade de Vida

Objetivo Geral do Projeto: Compreender a relação do cotidiano de trabalhadores de uma maternidade com sua qualidade de vida.

Objetivos da Observação Participante do Cotidiano de Trabalho:

- ◆ Identificar o cotidiano de trabalho dos trabalhadores de saúde do CO;
- ◆ Identificar as práticas de interação do cotidiano dos trabalhadores de saúde do CO.

Anexo 6

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM ERGONOMIA
ORIENTADORA: PROFESSORA Dra. ZULEICA MARIA PATRÍCIO
MESTRANDA: TEREZINHA MARIA DE ANDRADE DE FARIA

INSTRUMENTO PARA LEVANTAMENTO DE DADOS – OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

Tema da dissertação: O Cotidiano de Trabalhadores de Saúde de uma Maternidade e a sua Qualidade de Vida

Objetivo Geral do Projeto: Compreender a relação do cotidiano de trabalhadores de uma maternidade com sua qualidade de vida.

Objetivos da Observação:

- ◆ Descrever o cotidiano do processo de trabalho dos trabalhadores de saúde do CO;
- ◆ Identificar as práticas de interação do cotidiano de trabalhadores de saúde do CO.